Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096

ÅRSBERETNING 2004

NARKOTIKASITUATIONEN I DEN EUROPÆISKE UNION OG NORGE

DA

Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ÅRSBERETNING 2004

NARKOTIKASITUATIONEN I DEN EUROPÆISKE UNION OG NORGE

Juridisk meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) og er ophavsretligt beskyttet. EONN påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. Publikationens indhold er ikke nødvendigvis udtryk for de officielle holdninger hos EONN's partnere, EU-medlemsstaterne eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers institutioner eller agenturer.

Yderligere oplysninger om EU er tilgængelige på internettet via Europa-serveren **(http://europa.eu.int)**.

Europe *Direct* er en service, der har til formål at hjælpe med at besvare Deres spørgsmål om Den Europæiske Union

Frikaldsnummer:
00 800 6 7 8 9 10 11

Denne beretning foreligger på spansk, tjekkisk, dansk, tysk, estisk, græsk, engelsk, fransk, italiensk, lettisk, litauisk, ungarsk, hollandsk, polsk, portugisisk, slovakisk, slovensk, finsk, svensk og norsk. Alle oversættelser er foretaget af Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer.

Bibliografiske data findes bagest i denne publikation

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, 2004

ISBN 92-9168-196-2

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2004
Gengivelse er tilladt med kildeangivelse

Printed in Belgium

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR

Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, P-1149-045 Lissabon
Tlf. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Indholdsfortegnelse

Forord 5

Takord 7

Indledning 7

Narkotikasituationen i Europa — et overblik 9

Kapitel 1
Den seneste udvikling i politikker og lovgivninger 15

Kapitel 2
Narkotikaforebyggelse — inddragelse af lokalsamfund og målretning af indsatsen mod personer i højrisikogruppen 24

Kapitel 3
Cannabis 28

Kapitel 4
Stimulanser af amfetamintypen, lsd og andre syntetiske stoffer 34

Kapitel 5
Kokain og crackkokain 44

Kapitel 6
Heroin og intravenøs brug 50

Kapitel 7
Behandling — dækning af behovene hos personer med problemer 63

Kapitel 8
Kriminalitet og fængsler 70

Udvalgte aspekter 1
Evaluering af »nationale narkotikastrategier« i Europa 75

Udvalgte aspekter 2
Baggrund for cannabisproblemerne — Hvorfor stiger behandlingsefterspørgslen i Europa? 82

Udvalgte aspekter 3
Comorbiditet (ledsagesygdomme) 94

Referencer 105

Nationale Reitox-knudepunkter 111

Forord

Årsberetningen for Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) indeholder i år oplysninger fra EU's 25 medlemsstater og Norge. Den store mængde oplysninger, som årsberetningen indeholder, bidrager ikke blot til en bedre forståelse af, i hvor høj grad narkotikaproblemet påvirker Europas borgere og de samfund, de lever i, men tjener også som grundlag for overvejelser over de strategier og foranstaltninger, medlemsstaterne har udviklet som svar på den komplekse og mangesidede udfordring, stofbrug udgør.

Læsere af tidligere årsberetninger om narkotikasituationen i Europa vil bemærke de store forskelle, det udvidede perspektiv har givet. Mange af de formodninger, vi havde om narkotikaproblemets karakter og tendenserne på narkotikaområdet skal tages op til revurdering og tilpasses for at afspejle den mere komplekse, dynamiske og forskelligartede situation, Europa befinder sig i i dag.

Ikke alle lande kan fremlægge oplysninger inden for alle områder, og ikke alle tilgængelige oplysninger kan uden videre sammenlignes. Derfor er der indføjet anmærkninger vedrørende metodologi, og læseren gøres opmærksom på, at der bør udvises en vis forsigtighed med hensyn til at drage konklusioner. Ikke desto mindre er de oplysninger, der nu er tilgængelige om narkotikasituationen i Europa, omfattende og bliver stadig mere pålidelige. Vi ser frem til at kunne fremlægge endnu mere omfattende oplysninger i de kommende år, efterhånden som medlemsstaternes investeringer begynder at bære frugt. For de læsere, der er interesserede i mere tekniske aspekter, eller som ønsker nærmere oplysninger om et specielt emne i årsberetningen, kan henvises til de fuldstændige datatabeller, som underbygger den sammenfattende oversigt, der gives her, og som findes i den tilhørende »Statistical Bulletin« og i den udvidede onlineudgave. For dem, der blot ønsker en kort oversigt over udviklingen, kan henvises til oversigtsrubrikken, som sammenfatter beretningen i de hovedpunkter, der redegøres nærmere for i selve beretningen.

Oplysningerne i denne årsberetning er resultatet af et samarbejde med vore partnere i Reitox-netværket og videnskabelige eksperter i arbejdsgrupper på nationalt og europæisk plan. Vi vil her gerne benytte lejligheden til at takke for dette samarbejde. I arbejdet med beretningen har vi ligeledes haft glæde og nytte af det løbende samarbejde med Europa-Kommissionen, særlig når det gælder støtte til evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2000-2004).

En del kommentatorer fokuserer på de problemer, der eventuelt vil kunne opstå som følge af mere europæisk integration, herunder navnlig faren for, at den organiserede kriminalitet eventuelt vil kunne udnytte de åbne grænser og den frie bevægelighed af varer og personer. Sådanne problemer forbigås ikke i beretningen, men den indeholder imidlertid også et andet budskab. Vi står som europæere i stadig højere grad over for fælles problemer, der opstår som følge af stofbrug, men vi bidrager også til debatten med forskellige historiske erfaringer og perspektiver. Oplysningerne i årsberetningen udgør en fælles forpligtelse for medlemsstaterne til at indsamle sammenlignelige oplysninger og til at anvende disse til at udarbejde mere effektive og målrettede politikker og foranstaltninger. Udvidelsen af Den Europæiske Union giver os en ny mulighed for at udveksle erfaringer om metoder, der virker, og for at arbejde tættere sammen om en bedre koordinering af foranstaltninger. EONN forpligter sig til at samarbejde med medlemsstaterne i bestræbelserne på at indsamle data af høj kvalitet, som er et nødvendigt grundlag for en oplyst debat.

Marcel Reimen
Formand for EONN's bestyrelse

Georges Estievenart
Administrerende direktør for EONN

Takord

EONN vil gerne takke følgende for deres indsats i forbindelse med udarbejdelsen af denne beretning:

- lederne af de nationale Reitox-knudepunkter og deres personale
- tjenestegrenene i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EONN
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — og især Den Horisontale Narkotikagruppe — samt Europa-Kommissionen
- Europarådets Pompidou-gruppe, FN's Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse, Verdenssundhedsorganisationen, Europol, Interpol, Verdenstoldorganisationen, Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer (CAN) samt Centret for Epidemiologisk Overvågning af Aids
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
- Prepress Projects Ltd
- eLg Language Integration.

Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, EONN har modtaget fra EU-medlemsstaterne og Norge (der har deltaget i EONN' s arbejde siden 2001) i form af nationale rapporter. De her anvendte statistiske data vedrører 2002 (eller det seneste år, for hvilket der foreligger data). Nyere data kan være brugt i afsnittene om initiativer til bekæmpelse af stofbrug og ved behandlingen af udvalgte aspekter.

Reitox-knudepunkternes nationale rapporter er tilgængelige på EONN's websted: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435

Årsberetningen foreligger i en udvidet onlineudgave på 20 sprog på adressen: http://annualreport.emcdda.eu.int. Yderligere materiale angivet med referencen OL i fodnoterne findes kun i onlineudgaven. Den foreligger på engelsk og indeholder et righoldigt udvalg af forklarende materiale, diagrammer og tabeller.

I EMCDDA Statistical Bulletin 2004 findes samtlige de kildetabeller, som de statistiske analyser er baseret på (http://statistics.emcdda.eu.int). Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om den anvendte metode.

Narkotikasituationen i Europa — et overblik

I denne oversigt beskrives nogle af de hovedpunkter, der er dækket i EONN's årsberetning 2004 om narkotikasituationen i Europa. Ønskes en detaljeret gennemgang af emnet, henvises der til selve årsberetningen.

Politikker og lovgivninger

Blandt de hovedpunkter, der gennemgås i beretningen, kan nævnes midtvejsevalueringen af den handlingsplan, der er et af resultaterne af den særlige samling i 1998 af FN's Generalforsamling (UNGASS). Herudover bidrager EONN til evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2000-2004), som vil være fuldt gennemført i 2004.

I juni 2003 vedtog Rådet en henstilling om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug. Henstillingen omhandler bl.a. sundhedsbeskyttelse og risikoreduktion, reduktion af udbredelsen af blodbårne sygdomme blandt stofbrugere (hiv, hcv og tb), reduktion af narkotikarelaterede dødsfald og udvikling af passende evalueringsmetoder. I 2003 opnåede Rådet tillige politisk enighed om en rammeafgørelse om ulovlig narkotikahandel. Hovedformålet var at harmonisere straffene og udvide indsatsen til at omfatte de forbryder- og terrororganisationer, som ved den ulovlige handel skaffer midler til at finansiere deres aktiviteter.

Indsatsen for at kontrollere nye syntetiske stoffer i EU fortsatte i 2003, hvor Rådet vedtog en afgørelse om kontrolforanstaltninger vedrørende 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2.

I 2003 steg antallet af lande, hvis narkotikapolitik er fastlagt på grundlag af en overordnet national strategi, idet Danmark, Tyskland, Litauen og Slovenien vedtog narkotikaplaner. Når Estland og Frankrig som planlagt har vedtaget tilsvarende planer i 2004, vil over tre fjerdedele af alle EU-medlemsstater have valgt denne strategi. Blandt de temaer, der går igen i de nationale strategier, er en forpligtelse til at indføre en afbalanceret tilgang til de efterspørgsels- og udbudsbegrænsende aktiviteter og en udtrykkelig anerkendelse af vigtigheden af at koordinere indsatsen.

Evalueringerne af narkotikapolitikken kan give en værdifuld indsigt, der kan udnyttes i det videre forløb.

Medlemsstaterne meldte i 2003 om overvågning og evaluering af forskellige områder, herunder effekten af ny narkotikalovgivning, virkningerne af ændringer af retsforskrifterne vedrørende narkotikabesiddelse til eget brug, især besiddelse af cannabis, foranstaltninger, der gør det muligt for lokale myndigheder at gribe ind over for steder, der forbindes med ulovlig narkotikahandel og forstyrrelser af den offentlige orden, ordninger, hvor personer med narkotikaproblemer henvises til organer, der ikke er en del af det strafferetlige system, samt indsatsen mod ulovlig narkotikahandel og hvidvaskning af penge. De måder, hvorpå medlemsstaterne måler effekten af de nationale narkotikastrategier, gennemgås under særlige aspekter: evaluering.

To lande (Belgien og Det Forenede Kongerige) har meldt om ændringer i den retlige klassificering af cannabis. I begge disse lande nævnes problematisk cannabisbrug udtrykkeligt i lovgivning eller retningslinjer, og de retlige ændringer, der er foretaget, har en række vigtige aspekter, som undertiden ignoreres i mediedækningen.

Et indsatsområde, der får stadig større betydning og er genstand for voksende internationalt samarbejde, er etableringen af hjemmel til at konfiskere narkotikahandleres og forbryderorganisationers aktiver. Spanien, Frankrig, Irland og Det Forenede Kongerige har alle meldt om fremskridt på dette område.

Spørgsmålet om bilkørsel i narkotikapåvirket tilstand og om måden, hvorpå problemet skal håndteres, står højt på dagsordenen i mange medlemsstater. I 2003 foretog tre lande (Frankrig, Østrig og Finland) væsentlige ændringer for at tydeliggøre eller styrke lovgivningen på dette område.

Narkotikaforebyggelse

Narkotikaforebyggelse i Europa kan klassificeres som universal forebyggelse (målrettet mod befolkningsgrupper i almindelighed), selektiv forebyggelse (målrettet mod udsatte grupper) og indiceret forebyggelse (målrettet mod udsatte enkeltpersoner). De mest udviklede modeller for universal forebyggelse er programmer målrettet mod skoleelever, en model, der understøttes af solidt bevismateriale, som landene lader sig inspirere af ved udarbejdelsen og gennemførelsen af programmer. En række lande har meldt om lovende fremskridt i dækningsgraden for og gennemførelsen af skolebaserede

forebyggelsesprogrammer. I mange lande er der dog stadig mulighed for væsentlige forbedringer såvel af dækningsgraden som af kvaliteten af den universale forebyggelse. Universal forebyggelse uden for skolerne har ligeledes et stort potentiale, men disse muligheder udnyttes kun af få medlemsstater.

Selv om der er en voksende anerkendelse af vigtigheden af at styrke forebyggelsesindsatsen blandt de mest udsatte, er der fortsat behov for væsentlige investeringer i denne form for fokuseret forebyggelse.

Cannabis

I EU er cannabis fortsat det illegale stof, der er mest udbredt, selv om der er store udsving fra land til land. Nyere undersøgelser blandt 15-årige skoleelever viser, at langtidserfaringen med brug af cannabis varierer fra under 10 % til over 30 %, og at de højeste prævalenssatser findes blandt drenge i Det Forenede Kongerige (42,5 %). En lille, men konstant andel (ca. 15 %) af de 15-årige skoleelever, som har brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, angiver, at det har de gjort mindst 40 gange. En sådan intensiv brug af cannabis er bekymrende, især fordi der er risiko for negative konsekvenser. Dette aspekt og den omstændighed, at efterspørgslen efter cannabisbehandling angives at være vokset i Europa, behandles under særlige aspekter. Nylig brug (inden for de seneste 12 måneder) af cannabis er mest udbredt blandt unge voksne (15-34 år) (udbredelse i de fleste lande mellem 5 % og 20 %). Det fremgår, at brugen af cannabis er steget markant i de fleste lande i 1990'erne, men nu synes at være stabiliseret, i hvert fald i nogle lande.

Over 30 lande nævnes som kilder til den cannabis, der beslaglægges i Europa, hvilket illustrerer cannabisproduktionens globale karakter. Europa er verdens største marked for cannabisharpiks, hvoraf størstedelen stammer fra Marokko, som i dag er det land i verden, der producerer mest cannabisharpiks. Cannabis dyrkes i dag også i de fleste europæiske lande, men i samtlige lande bortset fra Nederlandene dominerer importerede cannabisprodukter fortsat. Styrken af den cannabis, der importeres til Europa, synes at have været forholdsvis stabil i de senere år. Cannabis, der dyrkes intensivt i EU, er typisk stærkere, men der er betydelig overlapning mellem de to produkter.

Stimulanser af amfetamintypen (ATS), lsd og andre syntetiske stoffer

Traditionelt er det i Europa efter cannabis amfetamin, der er det mest anvendte illegale stof, men dette synes at være ved at ændre sig i en række lande, især Tyskland, Spanien, Nederlandene, Finland og Det Forenede Kongerige, hvor nyere undersøgelser viser, at brugen af ecstasy nu når op på eller overstiger niveauet for amfetaminbrugen. Trods denne stigning i ecstasybrugen tegnede Europa sig i 2002 fortsat for størstedelen af de samlede beslaglæggelser af amfetamin (86 % af den beslaglagte mængde). Langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt voksne svinger generelt mellem 0,5 % og 7 %, men tallet er højere blandt yngre mænd. F.eks. er der meldt om en langtidsprævalens blandt 15-24-årige mænd på 11 %-17 % i Tjekkiet, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Generelt synes den eskalering af ecstasybrugen, der skete i 1990'erne, at være fladet ud, og kun enkelte lande melder fortsat om en stigende tendens. Undersøgelser af særlige befolkningsgrupper viser igen og igen, at ecstasybrug er mere udbredt blandt unge, der deltager i de såkaldte »dance events/parties«, men helt nye undersøgelser tyder på, at denne sammenkædning er ved at blive svækket.

Ecstasyrelaterede dødsfald er sjældne i forhold til opiatrelaterede dødsfald, men de vækker stor bekymring hos offentligheden. Analysen af dette spørgsmål kompliceres af definitions- og måleproblemer. Under 100 ecstasydødsfald blev indberettet til EONN i det seneste år, for hvilket der foreligger data. Dette tal må dog behandles med varsomhed, idet en række lande slet ikke har indberettet nogen data. I de tilfælde, hvor der foreligger toksikologiske oplysninger, er der ofte også registreret andre stoffer. Ca. to tredjedele af alle indberetninger af ecstasyrelaterede dødsfald modtaget af EONN er kommet fra Det Forenede Kongerige, hvor tendensen er stigende. Det står ikke klart, hvorvidt dette resultat afspejler en stor udbredelse af ecstasybrug eller forskelle i indberetningsmetoder.

Medlemsstaterne målretter fortsat indsatsen mod fritidsmiljøer og har i den forbindelse iværksat en række forebyggelses- og skadereduktionsprogrammer. Især nogle af de nye medlemsstater er aktive på dette område. Brug af ATS er sjældent den primære grund til at søge narkotikabehandling, undtagen i Sverige og Finland, hvor kronisk brug af amfetamin længe har givet problemer, og Tjekkiet, hvor der i nogen tid har været problemer med brugen af »pervitin«, en lokalt produceret metamfetamin.

Selv om metamfetaminbrugen er et voksende problem på globalt plan, har det blandt de europæiske lande hidtil kun været Tjekkiet, der har meldt om en stor brug af dette stof. Men nu modtager EONN sporadiske rapporter om metamfetaminbrug fra en række andre europæiske lande, hvilket skaber frygt for en potentiel yderligere udbredelse af denne særlige skadelige form for stofbrug.

Kokain

Ifølge nyere undersøgelser har mellem 0,5 % og 6 % af den voksne befolkning prøvet kokain mindst én gang (dvs. langtidsprævalens). Blandt unge voksne (15-34 år) ligger langtidsprævalensen generelt på mellem 1 % og 10 %. Typisk angiver ca. halvdelen af dem, der har brugt kokain mindst én gang, at have gjort det inden for det seneste år. Forbrugstallene er højere i Spanien og Det Forenede Kongerige — i begge lande er den nylige prævalens (seneste år) blandt voksne over 2 % mod mindre end 1 % i de fleste andre lande. Dette betyder, at den nylige prævalens for kokainbrug i Spanien og Det Forenede Kongerige nu ligger på samme niveau som i USA, selv om langtidsprævalensen fortsat er lavere. Kokaintendenser er vanskelige at spore på nationalt plan, men de tal, der foreligger, tyder på, at den nylige brug af kokain blandt unge er steget i nogen grad i Danmark, Tyskland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, mens Grækenland, Irland, Italien og Østrig også på grundlag af oplysninger fra lokale eller kvalitative kilder har meldt om stigende brug.

I perioden 1997-2002 steg antallet af kokainbeslaglæggelser i samtlige lande undtagen Tyskland og Italien. De tendenser, der fremgår af de foreliggende data, tyder på, at når det bliver muligt at foretage en komplet analyse, vil denne vise, at antallet af beslaglæggelser på EU-plan steg igen i 2002. I de fleste lande meldes der også om faldende kokainpriser i denne periode.

Rygning af crackkokain (basekokain) er fortsat begrænset til nogle af de større byer i Europa, hvor brugen synes at være mest udbredt i marginaliserede grupper. F.eks. viser data fra undersøgelser blandt brugere af brugerrum, at udbredelsen af kokainrygning er særlig høj blandt kvindelige sexarbejdere. Kokainrygning, der ganske vist sjældent forekommer i den almindelige befolkning, forbindes særlig med større risiko for sundhedsmæssige og sociale problemer.

Toksikologiske analyser viser, at kokain i nogle lande ofte findes i kombination med opiater ved narkotikarelaterede dødsfald. Dødsfald som følge af kokainforgiftning, hvor der ikke også er tale om opiatbrug, er sjældne, men muligvis stigende. I Det Forenede Kongerige ottedobledes antallet af »omtaler« af kokain i dødsattester i perioden 1993-2001, og i Nederlandene steg antallet af dødsfald, som alene blev tilskrevet kokain, fra 2 i 1994 til 26 i 2001. Kokain er muligvis en medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjertekarproblemer, men disse tilfælde kan være dårligt repræsenteret i de statiske beviser.

Behandlingsmulighederne for problematiske kokainbrugere begrænser sig stort set til ikke-farmakologiske foranstaltninger. Der arbejdes på at effektivisere de farmakologiske foranstaltninger, men bortset fra ordinering af symptomlindrende midler er der en del uenighed om, hvad der er god praksis på dette område. Behandling af især crackkokainbrugere kan være en stor udfordring for behandlingscentrene.

Problematisk stofbrug, heroinbrug og intravenøs brug

Heroinbrug og intravenøs stofbrug er hovedbestanddelen i EONN's indikator for problematisk stofbrug. Denne sammensatte indikator har til formål at hjælpe med at estimere omfanget af det i det store og hele skjulte kroniske narkotikaproblem. Problematisk stofbrug estimeres til mellem 2 og 10 tilfælde pr. 1 000 voksne. Skønnene over størrelsen af populationen af problematiske stofbrugere varierer betydeligt mellem og inden for landene, men ligger forholdsvis højt i Danmark, Italien, Luxembourg, Portugal og Det Forenede Kongerige.

Gruppen af problematiske stofbrugere i Europa synes at være ved at blive mere heterogen. I mange lande blev de fleste problematiske stofbrugere tidligere karakteriseret som heroinbrugere, men blandingsbrug og brug af stimulanser er ved at blive mere udbredt. Selv om det er vanskeligt at foretage et skøn, synes heroinbrugen at være forholdsvis stabil i mange lande, og antallet af nye brugere (incidens) er faldet i forhold til situationen i 1990'erne. I de nye EU-lande kan der være afvigende tendenser.

Europa tegner sig for godt en fjerdedel af heroinbeslaglæggelserne i verden. Der er ikke nogen klar tendens hvad angår mængden af beslaglagt heroin i EU, men den synes at være forholdsvis stabil. Både hvad angår mængden af beslaglagt heroin og antallet af beslaglæggelser ligger Det Forenede Kongerige efterfulgt af Spanien på et højere niveau end andre lande.

Europæiske lande har en begrænset opiatproduktion, som stort set kun omfatter produktion af valmuestængelprodukter til lokalt forbrug. De nyere data viser ikke nogen klar tendens med hensyn til heroinrenhed og -priser på gadeplan.

De fleste dødsfald efter indtagelse af illegale stoffer i Europa skyldes opiater. Hvert år registreres der mellem 8 000 og 9 000 tilfælde af overdosis med dødelig udgang, men dette tal ligger givetvis i underkanten. De fleste ofre er unge mænd i midten af eller sidst i tyverne eller i begyndelsen af trediverne, men alderen på dødstidspunktet synes at være stigende. Selv om der er store variationer mellem landene, har antallet af narkotikarelaterede

dødsfald generelt været stigende i EU som helhed i 1980'erne og 1990'erne. Mellem 2000 og 2001 var der i mange lande et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald, og som følge heraf var der på EU-plan et lille, men statistisk signifikant fald i de indberettede dødsfald fra 8 838 til 8 306. I et historisk perspektiv ligger antallet af dødsfald dog fortsat højt.

De nye indberetninger om ulovlig handel med fentanyl, et syntetisk opiat, der er indtil 100 gange stærkere end heroin, giver anledning til bekymring. Der er i den senere tid meldt om beslaglæggelser i en række Østersølande og i Den Russiske Føderation. I Estland dukkede fentanyl op på narkotikamarkedet som heroinsubstitut i slutningen af 2001, og i Finland blev et større parti methylfentanyl beslaglagt i 2002.

En undersøgelse af heroinbrugere, der er i behandling, tyder på markante forskelle mellem landene, hvad angår indtagelsesmåder: injektion eller rygning. Under halvdelen af dem, der er i behandling for heroinbrug for første gang, melder om intravenøs brug, og i nogle lande synes intravenøs brug at blive stadig sjældnere. I andre lande og især, men ikke udelukkende, i de nye medlemsstater, er intravenøs heroinbrug stadig normen. Udbredelsen af intravenøs stofbrug skønnes at ligge på mellem to og seks tilfælde pr. 1 000 voksne indbyggere.

Hiv-epidemien breder sig i nogle af de nye EU-lande og hos disses naboer, men udbredelsen varierer meget i EU-landene. I Vesteuropa er den tilsyneladende stabilisering eller nedgang i hiv-udbredelsen truet af nye lokale udbrud, der har fundet sted siden midten af 1990'erne, og den store smitteforekomst i en række befolkningsgrupper.

Hepatitis C- (hcv-) prævalensen er fortsat høj blandt intravenøse stofbrugere i Europa, idet undersøgelser har vist, at mellem 25 % og knap 100 % af alle intravenøse brugere, der er omfattet af undersøgelsen, har hcv-antistoffer i sig.

I nogle tilfælde kan der observeres en direkte sammenhæng mellem hcv- og hiv-prævalensen. Smitte med hepatitis B er også fortsat udbredt blandt intravenøse stofbrugere i Europa trods adgangen til vaccination. Muligvis med undtagelse af nogle af de baltiske lande er udbredelsen af tuberkulose blandt intravenøse stofbrugere i EU-landene fortsat lav, mens den er høj i en række af EU's nabolande.

Generelt synes der i EU at blive investeret mere i nåle- og sprøjteprogrammer (NSP'er) for intravenøse storbrugere. Estland og Letland har hurtigt udvidet NSP-tilbuddet, og også i Nordirland og Flandern (Belgien) er der indført NSP'er. I nogle lande, der har haft sådanne programmer i længere tid, er antallet af uddelte sprøjter imidlertid faldet, hvilket muligvis afspejler et fald i udbredelsen af intravenøs stofbrug. Der er en kraftig tendens til i højere grad at integrere lavtærskeltjenester med andre overlevelsesorienterede tjenester som f.eks. herberger samt sundheds- og lægetjenester og til at udvide åbningstiderne. I tre medlemsstater findes der brugerrum, og i 2004 offentliggjorde EONN en detaljeret undersøgelse af disse faciliteter.

Narkotikabehandling

I de fleste medlemsstater involverer narkotikarelateret behandling behandling for opiatbrug eller blandingsbrug, hvori opiater indgår. En eller anden form for substitutionsbehandling er fortsat den dominerende behandlingsmulighed for denne gruppe, selv om der i de nye medlemsstater kun er begrænset adgang til substitutionsbehandling, mens stoffri behandling fortsat er udbredt. Det bør tillige bemærkes, at intravenøse amfetaminbrugere i Tjekkiet, Finland og Sverige udgør en væsentlig andel af de klienter, der er i behandling.

De foreliggende data om klienter, der efterspørger narkotikabehandling, viser, at gruppen af behandlingssøgende er blevet mere heterogen. Der meldes om problemer med intravenøs og ikke-intravenøs heroinbrug, blandingsbrug, brug af stimulanser og cannabis. I 2002 viste EONN's indikator for behandlingsefterspørgsel for første gang, at i de 11 lande, for hvilke der foreligger data, har cannabis erstattet opiater som det stof, der er skyld i det største antal henvisninger af nye klienter til behandling på specialiserede ambulatorier. Spørgsmålet, om dette repræsenterer ændringer i indberetningspraksis, udvidelse af tjenesteudbuddet eller ændringer i de behandlingsefterspørgendes karakteristika behandles nærmere under særlige aspekter: baggrund for cannabisproblemerne.

Der er en voksende forståelse for, at narkotikatjenester skal integreres med andre sundhedsplejeudbydere, især de tjenester, der er målrettet mod marginaliserede og socialt dårligt stillede grupper. Det er meget vanskeligt at behandle personer, der ud over et narkotikaproblem har et psykiatrisk sundhedsproblem. Dette emne gennemgås under særlige aspekter: comorbiditet.

Stofbrugere og fængsler

Sammenlignet med befolkningen som helhed er stofbrugere overrepræsenteret blandt fængselsindsatte. Skønnene over langtidsprævalensen for stofbrug blandt indsatte varierer fra 22 % til 86 %, afhængig af fængselspopulation,

arresthus og land. Fængselsmiljøet, hvor der er en stor udbredelse af intravenøs stofbrug, er et miljø, hvor der er høj risiko for spredning af smitsomme sygdomme. Blandt de foranstaltninger, der er indført for at imødegå dette, er substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer (NSP'er) i fængslerne. Indsatte har kun begrænset adgang til sundhedstjenester, og de sundhedsprofessionelle, som arbejder i fængsler, har kun lidt kontakt med det almindelige sundhedssystem. Dette forværrer de narkotikarelaterede sundhedsproblemer i fængslerne, og der er i mange lande en stigende tendens til at flytte ansvaret for afhjælpningen af problemerne fra fængselsvæsenet til det nationale sundheds- og velfærdssystem. Ved ændringer af den strafferetlige politik er der skabt alternativer til fængsling, idet stofbrugere i stedet pålægges næsten tvungen behandling eller samfundstjeneste ud fra en formodning om, at deres problemer bliver bedre løst på denne måde.

Kapitel 1
Den seneste udvikling i politikker og lovgivninger

I dette kapitel beskrives den seneste udvikling i EU's og de enkelte medlemsstaters narkotikapolitikker. I de fleste tilfælde er oplysningerne baseret på de ændringer, der fandt sted i 2003, som var det år, hvor anden halvdel af EU's handlingsplan for bekæmpelse af narkotikamisbrug for 2000-2004 begyndte. Endvidere var 2003 det år, hvor de nationale regeringers frist for midtvejsrevisionen af fremskridtene i udarbejdelsen og gennemførelsen af en national narkotikakontrolstrategi udløb, jf. erklæringen om de ledende principper for begrænsning af narkotikaefterspørgslen, som stammer fra den særlige samling i 1998 af FN's Generalforsamling (UNGASS) ([1]) om narkotika. Da EU's handlingsplan for 2000-2004 afsluttes i år, synes det formålstjenstligt at behandle det hidtidige forløb af evalueringen af handlingsplanen. EONN deltager aktivt i evalueringen, som forhåbentlig vil gøre det lettere at fastlægge en fornuftig narkotikapolitik. Dette vil være hovedudgangspunktet for gennemgangen af strategierne og lovgivningen på både nationalt plan og EU-plan.

Udvikling i EU

I 2003 blev der vedtaget to nye EU-retsakter til fremme af bekæmpelsen af narkotikamisbrug. Den ene vedrører folkesundheden, mens den anden drejer sig om ulovlig narkotikahandel. Af andre spørgsmål, der blev behandlet på EU-plan i 2003, kan nævnes foranstaltninger vedrørende nye syntetiske stoffer, koordineringsaktiviteter og -værktøjer samt EONN's rolle.

Folkesundhed

Den 23. september 2002 vedtog Europa-Parlamentet og Rådet et nyt program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008), som er baseret på tre overordnede målsætninger: sundhedsoplysning, hurtig reaktion over for sundhedstrusler og fremme af folkesundheden gennem fokus på sundhedsdeterminanterne. Initiativer til sundhedsoplysning og sundhedsfremme er særlig relevante på narkotikaområdet.

I juni 2003 vedtog Rådet en henstilling om »forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug«, et dokument, som Europa-Kommissionen havde taget initiativ til i maj 2002. Henstillingen er en folkesundhedsmæssig milepæl, idet den er den første EF-henstilling om reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug ([2]). Mange medlemsstater har allerede indarbejdet dokumentets konklusioner i deres nationale narkotikastrategier.

I henstillingen opfordres der til følgende:

- Medlemsstaterne bør for at sikre et højt sundhedsbeskyttelsesniveau sætte sig som mål på folkesundhedsområdet at forebygge narkotikamisbrug og reducere de dermed forbundne risici samt at udvikle og implementere dertil svarende helhedsstrategier.
- Medlemsstaterne bør for at opnå en betydelig reduktion af narkotikarelaterede helbredsskader (hiv, hepatitis B og C, tuberkulose etc.) og af antallet af narkotikarelaterede dødsfald sørge for, at der som en integrerende del af deres overordnede politik for forebyggelse og behandling af narkotikamisbrug tilbydes et udvalg af forskellige tjenester og faciliteter, navnlig med henblik på risikoreduktion.
- Medlemsstaterne bør overveje en række specificerede foranstaltninger med henblik på at udvikle passende evalueringsmetoder, der skal øge virkningen og effektiviteten af forebyggelsen af narkotikamisbrug og reduktionen af de dermed forbundne helbredsrisici.

Medlemsstaterne skal aflægge rapport til Kommissionen om gennemførelsen af denne henstilling inden to år efter vedtagelsen og derefter efter anmodning fra Kommissionen. Dette vil gøre det muligt at følge op på henstillingen på fællesskabsplan og efterfølgende sikre relevant handling inden for rammerne af EU's narkotikahandlingsplan.

Endvidere opfordres der i henstillingen til at udarbejde en rapport i overensstemmelse med EU's narkotikahandlingsplan og med teknisk bistand fra EONN med henblik på at revidere og ajourføre henstillingen.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm
([2]) Se tabel 1 OL (online): Oversigt over den skadebegrænsende indsats.

Ulovlig narkotikahandel

I fortsættelse af konklusionerne fra et særligt møde i Det Europæiske Råd i Tammerfors, Finland i 1999 og EU's narkotikastrategi og -handlingsplan har Kommissionen forelagt Rådet og Europa-Parlamentet et forslag til rammeafgørelse om fastsættelse af »mindsteregler for, hvad der udgør kriminelle handlinger, og for straffene for ulovlig narkotikahandel«. Efter vedtagelsen i henhold til Amsterdam-traktaten af andre retsakter, særlig om hvidvaskning af penge og narkotikaprækursorer, nåede Rådet i november 2003 til politisk enighed om denne første rammeafgørelse om ulovlig narkotikahandel. Afgørelsen anses for et vigtigt middel til bekæmpelse af den ulovlige narkotikahandel, da det i et udvidet EU bliver stadig vigtigere at koordinere medlemsstaternes straffe for ulovlig narkotikahandel.

Grundprincippet i rammeafgørelsen er, at medlemsstaterne bør kriminalisere ikke alene ulovlig narkotikahandel, men også anstiftelse, medvirken og tilskyndelse til samt forsøg på at drive ulovlig narkotikahandel. Rammeafgørelsens foranstaltninger er målrettet mod de narkotikasmuglere samt forbryder- og terrororganisationer, som ved den ulovlige handel skaffer midler til at finansiere deres ulovlige aktiviteter.

Ifølge rammeafgørelsen skal enhver, der deltager i den ulovlige handel med stoffer, der er omfattet af FN-konventioner og EF-afgørelser, uanset om det sker ved at producere, udbyde, transportere, distribuere, eller med henblik på salg og fortjeneste besidde eller købe narkotika, straffes. I rammeafgørelsen anmodes landene om at sikre, at »lovovertrædelser kan idømmes straffe, idet den strengeste straf skal være frihedsstraf på ikke under 1-3 år« eller 5-10 år, hvis lovovertrædelsen omfatter store mængder narkotika eller de mest sundhedsskadelige narkotika. Det centrale i rammeafgørelsen er, at den fastlægger en fælles definition af ulovlig narkotikahandel på EU-plan og anbefaler, hvorledes denne lovovertrædelse skal straffes i EU. For at nå til enighed blandt medlemsstaterne var det nødvendigt at løse problemet med de forskellige nationale definitioner af personligt forbrug. Derfor er lovovertrædelser i forbindelse med personligt narkotikaforbrug som defineret af medlemsstaternes nationale lovgivninger udelukket fra rammeafgørelsen.

Rammeafgørelsen vil træde i kraft på datoen for offentliggørelsen i *Den Europæiske Unions Tidende*, hvorefter medlemsstaterne inden 18 måneder skal træffe de nødvendige foranstaltninger for at efterkomme afgørelsen.

Nye syntetiske stoffer

Som led i sin fortsatte indsats for at kontrollere nye syntetiske stoffer vedtog Rådet i november 2003 en afgørelse om kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger med hensyn til de nye former for syntetisk narkotika 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2. Disse stoffer, der ikke er opført på nogen af listerne i De Forenede Nationers konvention af 1971 om psykotrope stoffer, er nu underlagt kontrol i medlemsstaterne og kan gøres til genstand for strafferetlige foranstaltninger.

I oktober 2003 fremlagde Kommissionen et udkast til Rådsbeslutning til erstatning for den fælles aktion af 1997 vedrørende udveksling af oplysninger, risikovurdering og kontrol med nye former for syntetisk narkotika ([3]). Dette initiativ er direkte knyttet til resultaterne af den eksterne evaluering af den fælles aktion, som Kommissionen iværksatte med henvisning til Den Europæiske Unions narkotikahandlingsplan 2000-2004. Den foreslåede nye retsakt sigter mod at tydeliggøre alle definitioner og procedurer og udvider anvendelsesområdet til alle nye syntetiske stoffer og alle nye narkotiske stoffer.

Koordinering

Ligeledes i november 2003 vedtog Kommissionen en meddelelse om koordinering på narkotikaområdet i EU. Meddelelsen er baseret på resultaterne af en undersøgelse, som EONN havde gennemført i tæt samarbejde med Kommissionen, af de eksisterende bestemmelser vedrørende koordinering og koordineringsmekanismer i medlemsstaterne ([4]). I meddelelsen bekræftes det, at koordinering er nødvendig, hvis EU skal kunne reagere effektivt på det meget komplekse narkotikafænomen og følgerne heraf.

EONN's rolle

Endelig foreslog Kommissionen i december 2003 en revision af EONN-forordningerne. Forslaget, som vil blive behandlet af Rådet i 2004, dækker en række områder, herunder ændringer af grundforordningerne, ændringer, der skal styrke EONN's rolle på baggrund af nye mønstre for stofbrug og EU-udvidelsen, samt ændringer, der styrker EONN's rolle som bidragsyder til evalueringen af EU's nye narkotikahandlingsplan.

([3]) EFT L 167 af 25.6.1997, s. 1-3.
([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356

Nationale politikker

»Narkotikastrategier« ([5])

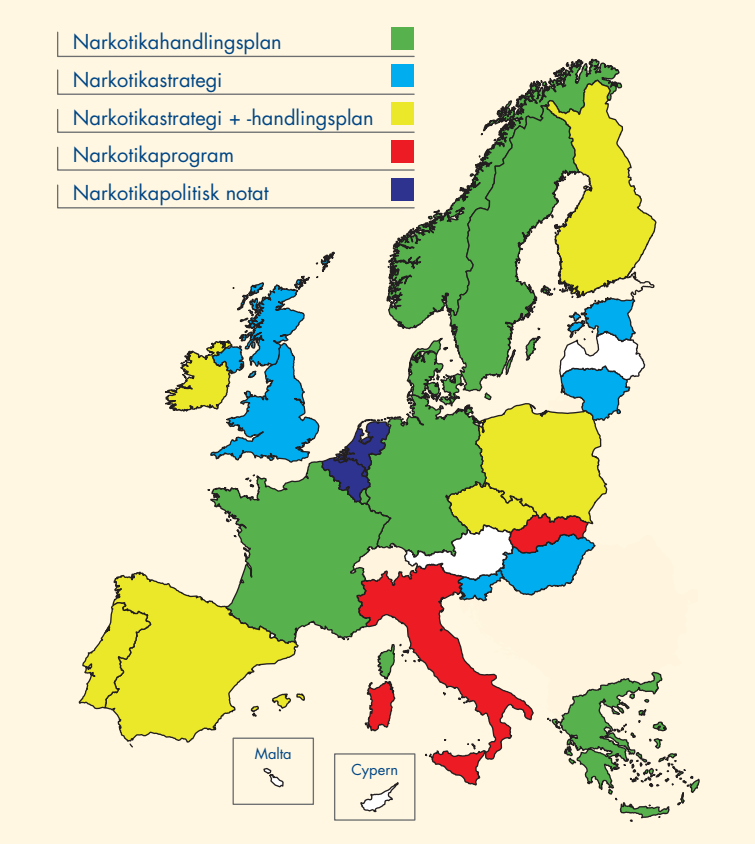
Tendensen til, at medlemsstaterne vedtager en »national narkotikastrategi« som et bærende element i EU's narkotikapolitik, blev omtalt i sidste års årsberetning og fortsatte i 2003 (figur 1). I 2003 vedtog Danmark, Tyskland, Litauen og Slovenien narkotikaplaner og -programmer, og Estland og Frankrig ([6]) forventes i 2004 at gøre det samme, således at der i alt er 21 af i alt 25 (22 af 26, hvis Norge inkluderes) medlemsstater, der fører en narkotikapolitik inden for rammerne af en overordnet national narkotikastrategi ([7]) ([8]).

At de »nationale narkotikastrategier« er blevet så udbredt på så kort tid (1997-2004) ([9])) og inden for et velafgrænset geografisk område, giver mulighed for at sammenligne narkotikaproblemerne i de forskellige medlemsstater og sætte dem i et EU-perspektiv.

For det første bliver det stadig mere almindeligt at anvende en holistisk tilgang til narkotikapolitikken, således at både de efterspørgselsbegrænsende og de udbudsbegrænsende aktiviteter bliver omfattet, den såkaldte »afbalancerede tilgang« ([10]). Alle de gennemgåede dokumenter afspejler denne holdning. For det andet er koordineringsindsatsen blevet styrket. Det ses stadig oftere, at nationale narkotikastrategier koordineres centralt (de fleste EU-medlemsstater har nationale koordineringsorganer og nationale koordinatorer ([11])), dog i tæt samarbejde med regionale og lokale organer. For det tredje lægges der øget vægt på indsatsen i marken og på at overvåge og vurdere indsatsen som et middel til at sikre, at beslutningstagerne lever op til deres ansvar (se Udvalgte aspekter: evaluering, s. 75).

Der er dog store opbygnings- og indholdsmæssige forskelle mellem de forskellige »nationale narkotikastrategier«. F.eks. varierer detaljeringsgraden og prioriteringen af

Figur 1: Forskellige »nationale narkotikastrategier«



Noter: De forskellige nationale dokumenter opretholder ikke altid den teoretiske sondring mellem en narkotikapolitik, en national narkotikastrategi (som bør identificere generelle principper og indeholde retningslinjer) og en handlingsplan (som implementerer strategien og fastlægger detaljerede specifikke aktioner). På grund af forskellene mellem landene beskrives de nationale strategidokumenter, således som de officielt er fremlagt, uden noget forsøg på at konsolidere definitioner eller foretage sammenligninger.

Kilde: Medlemsstaternes nationale strategier.

foranstaltninger og mål meget. Nogle af dokumenterne er bygget op på en måde, der gør det muligt at følge op på specifikke foranstaltninger og gennemførelsen i almindelighed. Andre er derimod mindre detaljerede og indeholder generelle mål, som dog ikke er bundet op på operationelle mål eller resultatindikatorer. Også

([5]) Da opbygningen og indholdet af de nationale narkotikastrategier varierer meget fra land til land, vil der i denne beretning ikke blive gjort noget forsøg på at harmonisere definitioner og begreber. Udtrykket »national narkotikastrategi« (i citationstegn) betyder derfor ethvert officielt dokument, som er godkendt af en regering, og som identificerer generelle principper samt de særlige indgreb, der skal gennemføres, eller mål, der skal opnås (i et givet tidsrum) på narkotikaområdet, uanset om dokumentet officielt betegnes som en narkotikastrategi, en handlingsplan, et politisk notat eller andet. Spørgsmålet behandles nærmere i EONN's rapport *National strategies and coordination mechanisms* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Se boks 1 OL: Seneste vedtagne »nationale narkotikastrategier«.

([7]) Norge er, selv om det ikke er et EU-land, medlem af EONN. Af de 25 EU-medlemsstater er der kun fem, som (endnu) ikke har en såkaldt national narkotikastrategi, nemlig: Cypern, Letland, Malta, Nederlandene og Østrig. I Cypern og Letland er en narkotikastrategi under udarbejdelse. I Østrig har hver provins sin egen plan, men der findes ikke nogen føderal narkotikastrategi, mens Nederlandenes narkotikapolitik er beskrevet i en række særlige dokumenter, især *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995).

([8]) Se tabel 2 OL: Nuværende »nationale narkotikastrategier« i EU-medlemsstaterne.

([9]) Denne tidsramme omfatter også Nederlandene, hvis narkotikapolitik er indeholdt i et politikdokument »Narkotikapolitik i Nederlandene: kontinuitet og forandring« (1995) og i en række opfølgningsdokumenter (XTC 2001, Kokain 2002, Cannabis 2004).

([10]) Princippet om en afbalanceret tilgang blev vedtaget med UNGASS' politiske erklæring fra 1998: »Der skal sikres en afbalanceret tilgang til problemet med vægt på de to gensidigt forstærkende aspekter »efterspørgselsreduktion« og »udbudsreduktion« for at finde en integreret løsning på narkotikaproblemet«. I dette kapitel gøres der ikke noget forsøg på at vurdere, hvorvidt medlemsstaterne har opnået en »afbalanceret tilgang« — det registreres blot, at der er en voksende interesse for en sådan tilgang.

([11]) Nærmere oplysninger findes på webstedet: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360

terminologien i strategidokumenterne varierer, idet nogle lande har vedtaget handlingsplaner, mens andre har strategier og endnu andre programmer. De forskellige politiske målsætninger og dagsordner danner et meget varieret billede, da ganske forskellige scenarier beskrives under afsnittet »nationale narkotikastrategier« (figur 1). Selv om udtrykkene handlingsplan, program og strategi anvendes i flæng ([12]), afspejler de ikke nødvendigvis forskelle i politiske målsætninger eller dagsordener.

Der er også forskelle på den tidsramme, medlemsstaterne har lagt for de nationale narkotikastrategier. De fleste lande har vedtaget en tidsramme på 3-5 år, men i nogle lande dækker strategien en 8-10-årig periode, ligesom der i andre lande slet ikke angives nogen tidsramme (tabel 1). I denne forbindelse vil det være relevant at se på forbindelsen mellem »de nationale narkotikastrategier« og EU's narkotikahandlingsplan.

De indholdsmæssige forskelle kan være et udtryk for forskelle i politiske mål eller i narkotikaproblemets karakter i de enkelte medlemsstater. Der er bl.a. forskel på, hvilke stoffer der er involveret, og hvad strategiernes hovedsigte er, jf. nedenfor.

Selv om de nationale narkotikastrategier typisk fokuserer på klassificerede stoffer, behandler mange af dokumenterne tillige de såkaldte legale stoffer, særlig alkohol og tobak, fra en uddannelses-, forebyggelses- og behandlingsmæssig synsvinkel (tabel 2). Nogle af landene har indført særlige alkohol- og tobaksrelaterede foranstaltninger og projekter, mens andre lande blot nævner »legale stoffer« i deres

Tabel 1: Tidsramme for »nationale narkotikastrategier«

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU				(1)					(2)				
Belgien (2001)							Tidsramme ej angivet						
Tjekkiet													
Danmark (2003)							Tidsramme ej angivet						
Tyskland	(Narkotikabekæmpelsesplan 1990)						Indtil 2008-2013						
Estland								2004-2012					
Grækenland													
Spanien													
Frankrig			(1)					(2)					
Irland													
Italien													
Litauen			(1)					(2)					
Luxembourg													
Ungarn (2000)							Tidsramme ej angivet						
Nederlandene (1995)							Tidsramme ej angivet						
Polen			(1)			(2)							
Portugal				(1)					(2)				
Slovenien													
Slovakiet			Indtil 2003 med planer frem til 2008										
Finland	(1) Tidsramme ej angivet				(2)								
Sverige													
Det Forenede Kongerige		(1)				(2)							
Norge													

Skygge angiver den periode, der er omfattet af en »national narkotikastrategi«: (1) og (2) angiver successive strategier.

([12]) En narkotikastrategi kan defineres som »et samlende tema eller en ramme, inden for hvilken der kan fastlægges sammenhængende og målrettede foranstaltninger«, og en handlingsplan som »en ordning eller et program for detaljerede specifikke foranstaltninger« (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, november 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354.

strategier. I en del af de lande, der har medtaget alkohol i deres »narkotikastrategier«, er der ligeledes vedtaget en national handlingsplan på alkoholområdet.

Ganske vist har samtlige lande opstillet de samme generelle mål (efterspørgsels- og udbudsreduktion mv.), ligesom der i EU's handlingsplan for 2000-2004 er fastsat seks fælles mål ([13]), men måden, hvorpå disse mål tænkes opnået, afhænger af narkotikapolitikkens overordnede sigte. Den væsentligste forskel er, at nogle lande har det mål at opnå et »stoffrit samfund«, mens andre lande især tilstræber at begrænse narkotikas negative konsekvenser for borgerne og samfundet. Situationen er dog ikke krystalklar, idet de fleste af de »nationale narkotikastrategier« kombinerer disse to mål (og måske føjer flere til), men vægter dem forskelligt. Det valgte mål (og den vægt, der lægges på at opnå målet) former de foranstaltninger, der træffes i medfør af »de nationale narkotikastrategier«.

Tabel 2: »Legale stoffer« i nationale narkotikastrategier

Land	Alkohol	Tobak	Alkohol-handlingsplan ([1])
Belgien	•	•	Nej
Tjekkiet	•	•	Nej
Danmark	–	–	Ja
Tyskland	•	•	Ja
Estland	○	○	Ja
Grækenland	•	–	–
Spanien	•	•	Nej
Frankrig	•	•	Ja
Irland	•	○	Ja
Italien	○	–	Ja
Litauen	–	–	Ja
Luxembourg	–	–	Nej
Ungarn	•	○	Ja
Nederlandene	•	•	Ja
Polen	○	○	Ja
Portugal	•	○	Ja
Slovenien	○	○	Nej
Slovakiet	•	•	Nej
Finland	–	–	Ja
Sverige	–	–	Ja
Det Forenede Kongerige	○	○	Ja
Norge	•	•	Ja

• Planlagt aktion; ○ stof nævnt; – ej oplyst.

([1]) WHO's alkoholdatabase (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Selv om det anerkendes, at der nødvendigvis må være forskelle i betragtning af forskellene i de specifikke politiske dagsordener, lokale forhold og kulturer, er der gjort en betydelig indsats for at koordinere foranstaltningerne på EU-plan. Den koordinerede EU-model til løsning af narkotikaproblemet, der er blevet vedtaget (EU's narkotikastrategi og EU's handlingsplan for 2000-2004), og som er blevet konsolideret og tilpasset i de senere år, skal efter planerne også gælde fremover.

Det er et åbent spørgsmål, hvilken kurs der vil blive valgt for det udvidede EU's narkotikapolitik, og om de 25 forskellige nationale narkotikastrategier med tiden vil blive samlet under EU-strategiens paraply (uden at tage hensyn til regionale og lokale strategier). Dog er EU-medlemsstaterne allerede i gang med at drøfte spørgsmål, som f.eks. hvilke instrumenter (strategi, program, handlingsplan), der kan indgå i en sådan EU-strategi, varigheden af og grundprincipperne og kriterierne for disse instrumenter samt de vigtigste mål.

Nationale politikker: evaluering af lovgivninger ([14])

Der har i de senere år været en øget tendens til at evaluere eller til at rapportere om evalueringen af ny lovgivning (lovgivningens gennemførelse og/eller konsekvenser). På narkotikaområdet kan pilotprojekter anvendes til at overvåge eller evaluere mange forskellige aspekter af narkotikakontrollen, herunder det grundlæggende forbud mod anvendelse eller besiddelse, bekæmpelsen af ulovlig handel og hvidvaskning af penge samt resultaterne af bekæmpelsen af lovovertrædelser på narkotikaområdet. I en række lande gennemføres og evalueres pilotprojekter, før selve ordningen udbredes til at omfatte hele landet.

Siden 1999 har bl.a. Belgien, Den Tjekkiske Republik, Tyskland, Ungarn, Sverige og Det Forenede Kongerige indberettet om en eller anden form for kortlægning eller evaluering af forskellige aspekter af de grundlæggende juridiske bestemmelser, der vedrører forbud mod anvendelse eller besiddelse af narkotika. I Belgien, Ungarn og Det Forenede Kongerige har dette medført store ændringer i narkotikalovgivningen.

([13]) 1) En betydelig nedbringelse over en periode på fem år af stofbrugens udbredelse og af rekrutteringen af nye stofbrugere, især blandt unge under 18 år, 2) en betydelig nedbringelse over en periode på fem år af forekomsten af narkotikarelaterede sundhedsskader (hiv, hepatitis, tuberkulose mv.) og dødsfald, 3) en væsentlig forøgelse af antallet af velbehandlede stofafhængige, 4) en betydelig nedbringelse over en periode på fem år af tilgængeligheden af illegale stoffer, 5) en betydelig nedbringelse over en periode på fem år af antallet af narkotikarelaterede lovovertrædelser, 6) en betydelig nedbringelse over en periode på fem år af omfanget af hvidvaskning af penge og ulovlig handel med prækursorer.

([14]) For yderligere oplysninger, se boks 2 OL: Nationale politikker: evaluering af lovgivningen.

Debatten og evalueringerne har fokuseret på vurderingen af kriminaliseringen. Blandt evalueringsresultaterne gav to sammenlignelige situationer forskellige resultater. Både Ungarn og Sverige har for nylig evalueret virkningerne af kriminaliseringen af stofbrug. I marts 1999 blev den ungarske straffelov ændret med henblik på at gøre stofbrug strafbart, og muligheden for at tilbyde behandling blev begrænset til brugere med et afhængighedsproblem. Efterfølgende videnskabelige undersøgelser viste imidlertid, at målet om at reducere misbrug, forbrug og omløb af stoffer ikke var nået, idet antallet af personer, der prøver stoffer, og antallet af anmeldte lovovertrædelser og lovovertrædere fortsatte med at stige. Desuden medførte lovændringen, at den juridiske klassificering af stoffer blev mere kompliceret og retsakterne vanskeligere at gennemføre. Dertil kom, at den havde en negativ indflydelse på adfærdsmønstrene på narkotikamarkedet. Undersøgelsens forfattere konkluderede, at straffene var for strenge og ikke tog hensyn til, at unge mennesker tager stoffer, ikke fordi de har en forbryderisk karakter, men på grund af omstændighederne. Efterfølgende blev der derfor den 1. marts 2003 vedtaget og gennemført en ny ændring, som laver om på den forrige ændring og tager højde for resultaterne.

I Sverige gennemførte Brottsförebyggande Rådet i 2000 et forskningsprojekt om virkningerne af kriminaliseringen af stofbrug i 1988 (yderligere skærpet i 1993), som gjorde almindelig brug af stoffer strafbart. Dette arbejde viste, at den nye lovgivning første til en drastisk stigning i antallet af personer, der blev anholdt for mindre overtrædelser af narkotikalovgivningen. Selv om mange af de anholdte var kendte stofmisbrugere, var en del andre unge hidtil ukendte stofbrugere. En af de vigtigste grunde til, at loven blev vedtaget, var ønsket om at identificere unge mennesker på et tidligt stadium i deres misbrugsforløb. Derfor kunne rapporten konkludere, at dette mål var nået. Rapporten drøftede også lovændringens indvirkning på narkotikamarkedet (som er blevet betydeligt større) og konkluderede, at der ingen tydelige tegn var på, at kriminaliseringen af narkotika havde en præventiv virkning på de unge.

Det Forenede Kongerige foretager/har foretaget evalueringer af en række andre retsakter til håndtering af overtrædelser af narkotikalovgivningen, herunder f.eks. prøvetagning efter »udløserforbrydelser« (trigger offences), narkotikadomstole og behandlingsordninger i fængsler. Alternative måder at håndtere narkotikalovovertrædere på vurderes ligeledes i Tyskland (behandling i stedet for straf), i Irland (henvisning fra fængsel) og i Nederlandene (tvangsbehandling).

Nederlandene anvender også evalueringsteknikker til at vurdere virkningerne af den nye lovgivning til bekæmpelse af narkotikasmugling (forvaring af kurerer) og hvidvaskning af penge (offentlige kontrakter). I Sverige indeholder myndighedernes retningslinjer specifikke krav om, at regeringen skal evaluere, hvordan politiet organiserer og gennemfører kampen mod narkotika. Evaluering er også taget i brug for at styrke indsatsen mod lokal narkotikahandel og ordensforstyrrelser, såsom koordinering af lokale initiativer i Irland, myndighed til at lukke lokaler i Nederlandene og muligheden for at kræve omtagelse af køreprøve i Tyskland.

Evaluering bliver helt klart i stadig højere grad anerkendt som et vigtigt redskab i indsatsen mod alle aspekter af narkotikaproblemet. En evaluering af lovgivningen kan give en vurdering af gennemførelsen og af, hvor effektiv og omkostningseffektiv den enkelte lov er. Generelt synes de indberettede evalueringer at nå frem til den konklusion, at de politiske initiativer faktisk er af værdi. Men viljen til eventuelt at ændre en politik, når resultaterne af evalueringen foreligger, som tilfældet i Ungarn, viser en ny tillid til evidensbaseret forskning, som ofte hidtil har manglet. Denne positive tendens med hensyn til anvendelse af evalueringer hænger sammen med en mere generel tendens til, at det offentlige stadig oftere stilles til regnskab og oftere må anvende koncepter, som traditionelt har tilhørt den private sektor, såsom præstationsmål og omkostningseffektivitet.

Udviklingen i den nationale lovgivning

Cannabislovgivningen

Inden for det seneste år er cannabis blevet omklassificeret i to lande, i begge tilfælde under stor mediebevågenhed. Mediedækningen har dog ikke altid været præget af nøjagtighed. I Belgien er der vedtaget en lovpakke bestående af et dekret og en ministeriel bekendtgørelse, som har ændret lovgivningen på flere punkter, hvoraf det væsentligste nok er, at cannabisprodukter har fået en anden retlig status end andre former for narkotika. Lovovertrædelser er blevet omdefineret, således at en voksen, som for første eller anden gang afsløres i at besidde cannabis til eget brug, kun bliver pålagt en bøde og et krav om at lade sig registrere hos politiet, hvis der ikke er tegn på ulemper for offentligheden eller problematisk stofbrug. Ifølge bekendtgørelsen skal cannabis til eget brug forstås som højst tre gram eller én plante. Ulempe for offentligheden kan dog straffes med fængsel i mellem tre måneder og ét år og/eller en bøde på mellem 5 000 og 500 000 EUR, mens der i tilfælde af skærpende

omstændigheder som f.eks. besiddelse i mindreåriges nærværelse vil blive straffet med strenge fængselsstraffe.

I Det Forenede Kongerige er cannabis og derivater heraf blevet omklassificeret fra klasse A og B til klasse C efter det britiske klassifikationssystem. Som følge heraf er den strengeste straf for besiddelse til personligt brug blevet reduceret fra fem til to års fængsel, men enhver besiddelse af cannabis betragtes helt klart fortsat som en strafbar handling. Derimod er maksimumstraffen for besiddelse med henblik på salg og klassificeringen af cannabisbesiddelse som »arrestable offence« (alvorlig lovovertrædelse) blevet fastholdt som følge af parallelle lovgivningstiltag. Association of Chief Police Officers har imidlertid udstedt retningslinjer, hvoraf det fremgår, at politiet kun bør arrestere personer, der er i besiddelse af cannabis, under visse omstændigheder, herunder hvis de ryger cannabis på offentlige steder eller i nærheden af mindreårige. Unge under 18 år bør ligeledes fortsat arresteres, således at de kan henvises til behandling.

Såvel Belgiens som Det Forenede Kongeriges lovgivning og retningslinjer nævner udtrykkeligt problematisk cannabisbrug, et aspekt, der vil blive behandlet nedenfor.

Konfiskation af aktiver

I det forløbne år har en række lande ændret deres lovgivning vedrørende konfiskation af smugleraktiver eller forvaltning af formuer hidrørende fra sådanne aktiver. I Irland har Garda National Drugs Unit og Criminal Assets Bureau taget et fælles initiativ målrettet mod aktiver ejet af lokale handlere. I Det Forenede Kongerige blev der ved Proceeds of Crime Act (2003), en lov vedrørende udbyttet af lovovertrædelser, oprettet et inddrivelsesorgan (Assets Recovery Agency). Ifølge den nye lovgivning er politiet og toldvæsenet bemyndiget til at beslaglægge og søge efter penge. Loven indeholder bestemmelser, som vil hjælpe efterforskerne med at spore udbyttet af lovovertrædelser og efterforske hvidvaskning af penge. I Skotland har de håndhævende myndigheder og anklagemyndighederne fået udvidet deres beføjelser for at gøre det lettere for dem at konfiskere aktiver i såvel straffesager som civile sager.

I Spanien er loven af 1995 om beslaglæggelse af aktiver hidrørende fra ulovlig narkotikahandel blevet ophævet ved en ny lov, der blev vedtaget i 2003. Den nye lov har til formål at fremskynde videresendelsen af de dokumenter, der er nødvendige for at identificere og lokalisere beslaglagte varer, ligesom loven udvider rækken af modtagere af pengene til at omfatte internationale og overnationale enheder samt udenlandske regeringer. I Nederlandene er konfiskationslovgivningen blevet undersøgt ti år efter vedtagelsen med henblik på at fastslå arten og omfanget af aktiver indehavet af 52 større kriminelle organisationer, der er blevet retsforfulgt i de ti år. Resultatet af undersøgelsen er, at kun 10 % af de midler, organisationerne skønsmæssigt er kommet i besiddelse af på ulovlig vis, kan konfiskeres. Det er dog vanskeligt at bevise, nøjagtig hvor mange penge der er modtaget ulovligt. Undersøgelsesrapporten anbefaler en efteruddannelse af efterforskerne, således at disse bliver bedre rustet til at efterforske økonomisk kriminalitet. I Frankrig har Justitsministeriet i 2002 udstedt et cirkulære, som giver de nøjagtige regler for beslaglæggelser og for håndteringen af midler beslaglagt i sager om ulovlig narkotikahandel eller hvidvaskning af penge, bl.a. med den

Bekæmpelse af hvidvaskning af penge

Da der mangler pålidelige data, er det for tiden ikke muligt at lave et nøjagtigt skøn over den samlede fortjeneste ved ulovlig narkotikahandel. Dog har Europol (2002) angivet et »konsensus«-tal på 2 %-5 % af det samlede bruttonationalprodukt på verdensplan. Ulovlig narkotikahandel synes fortsat at være den største enkeltkilde til hvidvaskede penge. International hvidvaskning af penge indebærer nødvendigvis ulovlige eller usædvanlige grænseoverskridende bevægelser af kapital eller varer som f.eks. guld, platin og diamanter (WCO, 2003c).

Ændringerne til Rådets direktiv 91/308 om hvidvaskning af penge giver en meget bredere definition af hvidvaskning af penge baseret på en større vifte af erklærede lovovertrædelser og udbreder indberetningspligten til også at omfatte uafhængige advokater.

Europol's udvidede mandat fra januar 2002 giver organisationen kompetence til at efterforske alle hvidvaskningsoperationer, der vedrører lovovertrædelser anført i bilag 2 til Europol-konventionen (Europol, 2002).

Interpol har etableret et net af ekspertkontaktpunkter i hvert medlemsland med henblik på en hurtigere og mere effektiv formidling af oplysninger om hvidvaskning af penge (Interpol, 2002). CEN (Customs Enforcement Network) er et elektronisk informations- og kommunikationssystem, der er udviklet af WCO, og som blev taget i brug i juni 2000. Pr. juni 2003 var der over 700 brugere fra 130 lande og over 700 indberettede beslaglæggelser af valuta. I 2002-2003 gjorde FATF (Financial Action Taskforce) væsentlige fremskridt i bekæmpelsen af hvidvaskning af penge. FATF afsluttede revisionen af de 40 anbefalinger (FATF, 2003a). Der blev fokuseret særligt på bekæmpelse af misbruget af alternative betalingssystemer (FATF, 2003b).

begrundelse, at den narkotikastrategifond, der blev oprettet i 1995, ikke har modtaget væsentlige indtægter.

Narkotika og bilkørsel

Tre EU-lande har foretaget væsentlige ændringer i deres lovgivning om bilkørsel efter indtagelse af narkotika. I Østrig trådte den 21. ændring af færdselsloven i kraft i 2003, en ændring, som giver politiet mulighed for at kræve, at førerne får foretaget en blodprøve, hvis der er mistanke om nedsat køreevne som følge af indtagelse af narkotika. Hvis blodprøveresultatet er positivt, eller hvis en fører nægter at få taget blodprøve, er sanktionerne og konsekvenserne de samme som ved bilkørsel i alkoholpåvirket tilstand. Ifølge loven vil der ved et positivt resultat ikke blive optaget politirapport om overtrædelse af narkotikaloven, men de lokale sundhedsmyndigheder vil blive underrettet.

I Frankrig har en ny lov fra februar 2003 udtrykkeligt forbudt bilkørsel efter indtagelse af stoffer eller planter, som er klassificeret som narkotika, og gjort det obligatorisk at teste alle førere, der er indblandet i en trafikulykke med dødelig udgang. Straffen er væsentligt strengere, hvis føreren på samme tid har indtaget narkotika og alkohol. Endvidere skal førerne i tilfælde af en trafikulykke med personskade, men ikke nødvendigvis med dødelig udgang, testes rutinemæssigt, hvis der er grund til at mistænke dem for at have brugt narkotika. Gendarmerne og politiet kan i øvrigt teste førere vilkårligt.

I Finland hedder det i det reviderede kapitel 23 i straffeloven, at enhver bilfører, der pågribes med et aktivt narkotisk stof eller dettes metaboliske derivat i blodet, skal sigtes for promillekørsel, medmindre stoffet er blevet ordineret af en læge. Hvis køreevnen er nedsat, vil føreren dog blive sigtet for promillekørsel, uanset om stoffet er lægeordineret eller ej. Hvis køreevnen er nedsat i en sådan grad, at andres sikkerhed bringes i fare, kan en sigtelse for promillekørsel under skærpende omstændigheder medføre en minimumsbøde svarende til 60 dagbødeenheder eller fængsel i højst to år.

I juni 2003 offentliggjorde European Legal Database on Drugs (ELDD) en sammenlignende undersøgelse ([15]) af lovgivningen om bilkørsel i narkotikapåvirket tilstand i 16 lande. Undersøgelsen viser, at selv om bilkørsel under indflydelse af narkotika er en strafbar handling i samtlige lande, er der stor forskel på politiets beføjelser til at teste førere, på de involverede stoffer og på de eksisterende sanktioner. EONN fremlagde denne undersøgelse på seminaret om vejtrafik og psykoaktive stoffer, der blev afholdt i juni 2003 af Europarådets Pompidou-gruppe.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf

Kapitel 2

Narkotikaforebyggelse — inddragelse af lokalsamfund og målretning af indsatsen mod personer i højrisikogruppen

Formålet med narkotikaforebyggelse er at reducere antallet af personer, der begynder at bruge stoffer, eller ofte at udsætte stofbrugen til et senere tidspunkt, således at narkotikaproblemets omfang i hvert fald mindskes (Rhodes mfl., 2003). Narkotikaforebyggelse involverer — men begrænser sig ikke til — oplysning om narkotika og påpegning af farerne i den forbindelse. Faktisk udgør dette narkotikaspecifikke element kun en lille del af narkotikaforebyggelsen. Effektive strategier kombinerer oplysning om stoffer med udvalgte adfærdsmæssige og kognitive (normative overbevisninger) teknikker, der forebygger narkotikabrug (Flay, 2000).

Forebyggelse klassificeres efter målgruppe. Universal forebyggelse er målrettet mod (især unge) befolkningsgrupper i almindelighed, f.eks. skoleelever, og ikke-specifikke risikogrupper, mens selektiv forebyggelse er målrettet mod udsatte grupper, og indiceret forebyggelse tager sigte på udsatte enkeltpersoner. Selv om skolebaseret forebyggelse ofte prioriteres højt af politikerne, er det et spørgsmål, om det er den forebyggelsesform, der især skal satses på. Da bevillingerne til forebyggelse er begrænsede, og i nogle lande er faldende (f.eks. faldt det franske budget (statsstøtte) for narkotikaforebyggelse fra 15 mio. EUR i 2001 til 11 mio. EUR i 2002), er det stadig mere afgørende, at narkotikaforebyggelsen er af høj kvalitet og understøttes af solidt bevismateriale. Ideelt skal en generel forebyggelsespolitik, der planlægges og gennemføres fra et folkesundhedsperspektiv med det formål at levere en basal og omkostningseffektiv dosis universal forebyggelse til en stor målgruppe, suppleres af en mere intensiv og skræddersyet indsats specielt rettet mod udsatte grupper og enkeltpersoner ([16]).

Universal forebyggelse

Principperne i og indholdet af moderne narkotikaforebyggelsesstrategier, særlig skolebaserede universale forebyggelsesprogrammer, er baseret på beviser. Målbare langsigtede virkninger er, selv om de er små (Stothard og Ashton, 2000), en betydelig fordel, hvis de dækker store befolkningsgrupper. Grundprincipperne, dvs. hvad der virker, og hvad der ikke virker, ligger nu nogenlunde fast. Det, der virker, er interaktiv undervisning (som involverer kammeraterne) (Tobler og Stratton, 1997), berigtigelse af normative overbevisninger (Flay, 2000), kraftig fokusering på sociale færdigheder og lidt information om stoffer, som skal være afbalanceret og relevant for unges sociale virkelighed (Hansen, 1992; Dusenbury og Falco, 1995; Paglia og Room, 1999; Tobler mfl., 2000; Tobler, 2001). I praksis fortsætter beslutningstagere og eksperter i flere medlemsstater med at give høj prioritet til fremgangsmåder, som har vist sig at være ineffektive, som f.eks. affektiv uddannelse (f.eks. højnelse af selvværdet), oplysning (bevidstgørelse) og refleksion.

Man kender også de faktorer, der bidrager til en vellykket ([17]) skolebaseret forebyggelse: nøje overholdelse af en gennemprøvet læseplan og anvendelse af kvalificerede lærere, klart afgrænset indhold samt udlevering af manualer og materiale. Endvidere bør narkotikaforebyggelse være en del af en kombineret narkotika- og sundhedsfremmepolitik (Paglia og Room, 1999; Chinman mfl., 2004). Men i virkeligheden er der tale om tre særskilte strategier, som kun sjældent er integreret. Den første strategi indebærer forebyggelse gennem omfattende nationale programmer (Tjekkiet, Irland, Litauen, Nederlandene) eller et sæt godkendte programmer (Spanien, Ungarn, Sverige). Den anden strategi fokuserer på læreruddannelse (den fransktalende del af Belgien, dele af Tyskland, Østrig, Det Forenede Kongerige) ud fra den antagelse, at lærerne vil integrere forebyggelsesbudskabet i de daglige skoleaktiviteter. Endelig har en række lande (f.eks. Portugal, Finland) valgt at etablere net af sundhedsfremmende skoler. Kun i Irland og Spanien anvendes alle tre strategier konsekvent i hele landet ([18]).

Ved universal forebyggelse uden for skolemiljøet ([19]) tilstræbes det normalt at nå de unge på tre måder: ved at give mulighed for alternative fritidsaktiviteter som f.eks. ungdomsarbejde, oplevelser og kreative aktiviteter

([16]) Se figur 1 OL: Nationale forebyggelsesplaner, der præciserer indhold og strategier for den forebyggende indsats.
([17]) Se figur 2 OL: Skolebaseret forebyggelse.
([18]) Se tabel 3 OL: Oversigt over parametre for skolebaseret forebyggelse.
([19]) Se figur 3 OL: Forebyggelse for unge uden for skolerne.

(Spanien, Grækenland, Letland, Luxembourg, Det Forenede Kongerige), gennem sportsudøvelse og sportsklubber, der giver de unge mulighed for at identificere sig med en gruppe, der har egne normer, adfærdsmønstre og holdninger (Tyskland, Italien, Finland) eller ved opsøgende arbejde (Danmark, Østrig, Polen, Norge). Forebyggende arbejde uden for skolerne giver store muligheder for at identificere unge i risikogrupperne og målrette indsatsen mod udsatte grupper, men disse muligheder udnyttes kun af få medlemsstater (Irland, Ungarn, Nederlandene, Østrig, Det Forenede Kongerige).

Selektiv forebyggelse

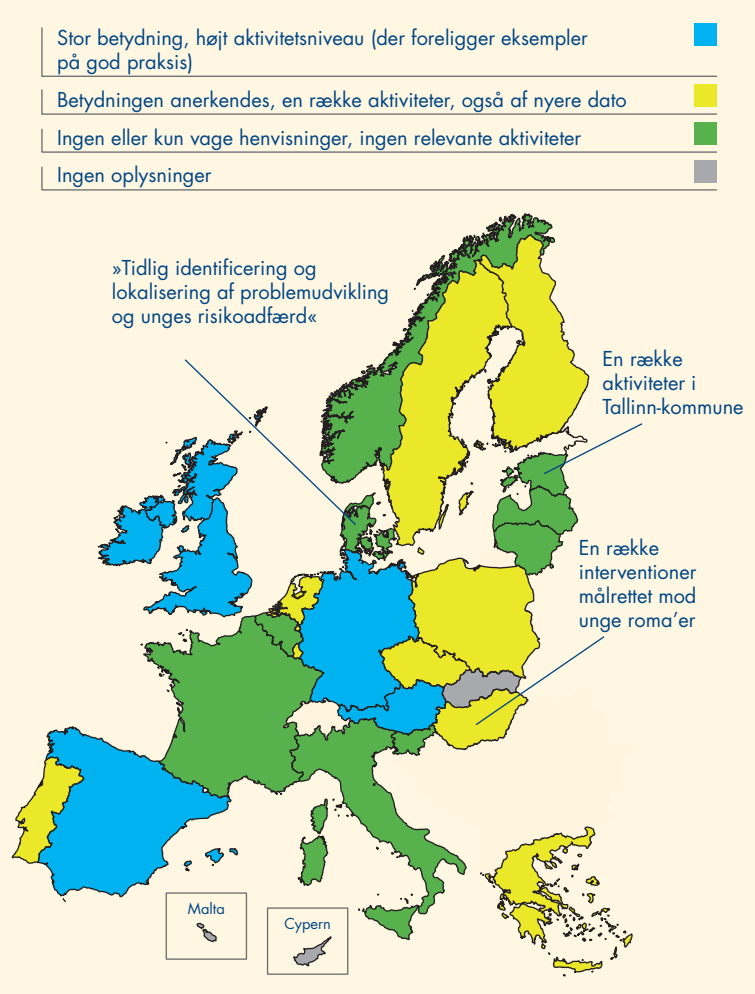
I modsætning til universal forebyggelse (stor målgruppe, små doser) er selektiv forebyggelse koncentreret om sårbare enkeltpersoner eller grupper. Selektiv forebyggelse udnytter eksisterende (helst lokal) forskning i risikofaktorer, udsatte grupper og problematiske nabolag for at målrette indsatsen mod risikogruppen. Der er stadig større interesse for selektiv forebyggelse i visse lande, f.eks. Finland og Sverige, som følge af den øgede udbredelse af cannabis- og alkoholbrug i fritiden (se kapitel 3), men denne form for forebyggelse er fortsat begrænset til få medlemsstater (figur 2), især dem, der allerede har indført strategier for universal forebyggelse. Det er vigtigt med et solidt teoretisk grundlag og fortsat evaluering, således at målgrupperne eller målområderne udvælges ud fra forskningsdata, og således at målene for indsatsen kan defineres og forbindes indbyrdes. F.eks. i Ungarn er en af målgrupperne for indsatsen Roma-befolkningerne, og her er indsatsen baseret på peer-group-teknikker. I kapitel 4 beskrives forebyggelse i fritidsmiljøer, som er en af de selektive forebyggelsesformer.

Seneste fremskridt i det udvidede EU

I Grækenland, Portugal og Sverige er forebyggelseskonceptet og -strukturen blevet klarere og mere moderne, idet f.eks. den skolebaserede forebyggelse er blevet bedre defineret end tidligere. Programmer for små børn i børnehaver og de første klasser har vundet større udbredelse, især i Grækenland og Østrig.

I de medlemsstater, hvor forebyggelsespolitikken er underkastet kvalitetskontrol (figur 3), er indsatsen normalt også mere struktureret (f.eks. anvendelse af sofistikerede programmer ([20]), ligesom der er større interesse for selektiv forebyggelse (se figur 2). Faktorer, der har betydning ved sammenligning af de europæiske forebyggelsespolitikker, er kvalitet (konceptmæssigt bevisgrundlag), struktur (hvem gør indsatsen og hvorledes) samt dækningsgrad (antal personer, der nås).

Figur 2: Medlemsstater, hvor selektiv forebyggelse (dvs. målretning mod sårbare befolkningsgrupper eller områder) nævnes i strategierne og gennemføres



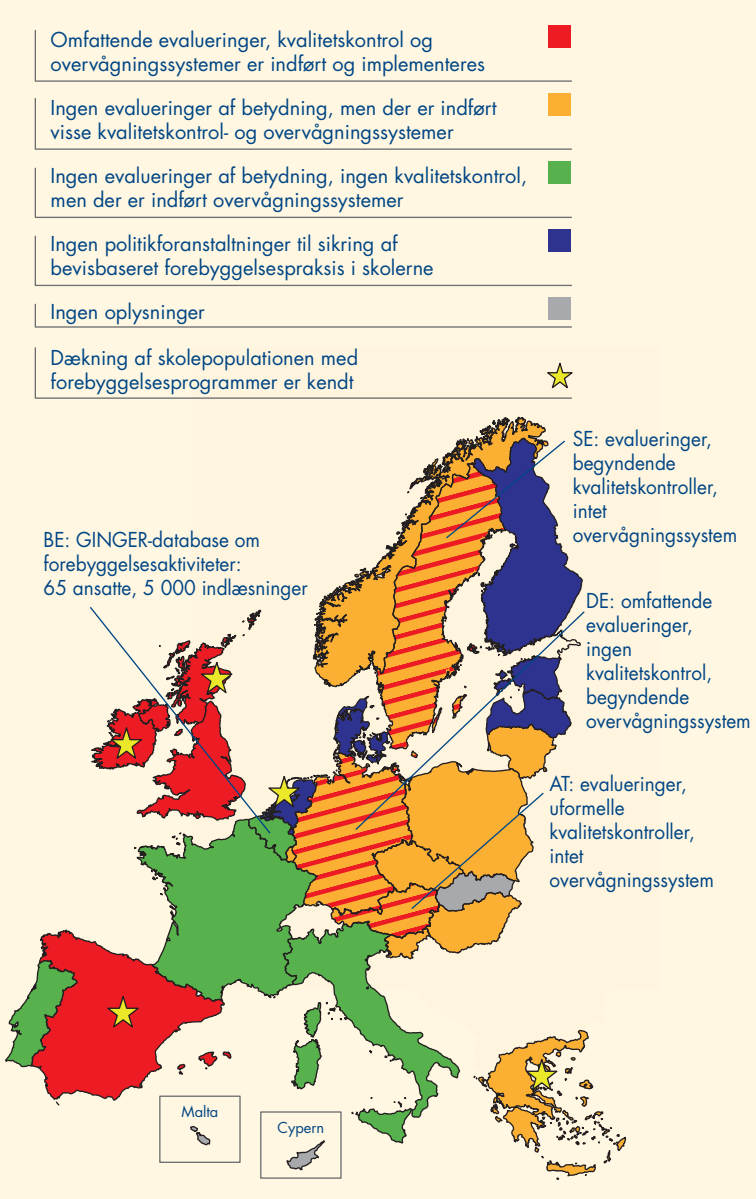
Kilder: Nationale Reitox-rapporter og *Report on selective prevention in the EU* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

Kvalitetskontrolsystemer og -standarder finder man i Tjekkiet, Litauen, Slovenien og Sverige, mens der i Tyskland og Portugal nu anvendes eller udvikles nye overvågningssystemer. Stadig oftere bliver konkrete bestanddele af forebyggelsen defineret og anbefalet i nationale strategier, f.eks. fremme af sociale færdigheder, fremme af evnen til at træffe beslutninger og højnelse af selvværdet i Litauen og Sverige.

Dækningsgraden for den skolebaserede forebyggelse udtrykt som den andel af eleverne, der bliver omfattet af universal forebyggelse, kan kun måles i forbindelse med programbaseret forebyggelse. En høj dækningsgrad er målet for visse strategier (Spanien, Irland, Det Forenede Kongerige). I samtlige spanske Comunidades Autónomas er andelen af skoleelever, der er omfattet af godkendte og

([20]) Se figur 1 OL: Nationale forebyggelsesplaner, der præciserer indhold og strategier for den forebyggende indsats.

Figur 3: Medlemsstater, hvor kvalitetskontrol, overvågning og evaluering af skolebaseret forebyggelse prioriteres højt og gennemføres



Kilde: Nationale Reitox-rapporter.

anbefalede forebyggelsesprogrammer, vokset yderligere, og i andre medlemsstater (Tjekkiet, Grækenland, Norge) er man for nylig begyndt at måle dækningsgraden. Som følge af denne udvikling er narkotikaforebyggelsen i mange medlemsstater, der tidligere var kendetegnet ved »ringe fokusering (især ikke-specifikke indgreb og utilstrækkeligt forebyggelsesmateriale), lav intentionalitet (lavt uddannelsesniveau hos de professionelle aktører), lav proaktivitet og evaluering (lavt forskningsniveau og manglende evalueringsprocedurer), lav kontinuitet (hyppige ad hoc-tiltag) samt lav koordinering og deltagelse (manglende koordinering af de gennemførte aktiviteter)« (Portugals nationale rapport), langsomt ved at blive forbedret.

… og manglende fremskridt

Nogle medlemsstater gør kun langsomme fremskridt og anvender fortsat ikke-bevisbaserede koncepter. Dette skyldes bl.a. inerti, for stor vægt på lægevidenskabelige og misbrugscentrerede fremgangsmåder, manglende anerkendelse af betydningen af sociale påvirkninger samt en fokusering på personlige variabler. Endvidere har visse lande ikke opstillet nogen standarder, hvilket bevirker, at forebyggelse alene overlades til lokale sundhedspersoner eller lærere, hvis viden om bevisbaseret forebyggelse ofte er ringe, med det resultat, at forebyggelsen bygger på fordomme og overbevisninger. Og i nogle medlemsstater (f.eks. Danmark, Estland, Frankrig, Letland samt dele af Belgien, Tyskland og Italien) er den skolebaserede forebyggelse stadig især baseret på oplysning gennem pjecer, sporadiske seminarer, aktivitetsdage og udstillinger, møder, foredrag eller ekspertbesøg.

Der er noget, der tyder på (Flay, 2000), at skolebaseret forebyggelse for at være effektiv skal indgå i en læseplan for sundhedsfremme og en narkotikapolitik for skolen, og at forebyggelsen skal vedrøre aspekter af det sociale liv og nærmiljøet (Paglia og Room, 1999). Dog tilslører den overdrevne brug af sætninger som f.eks. »fremme af en sund livsstil«, »holistiske modeller« og »integreret forebyggelse« en mangel på et solidt fundament for forebyggelsespolitikken og en begrænset interesse for bevisbaseret forebyggelse. Den familiebaserede forebyggelse har ikke gjort synlige fremskridt. Denne form for forebyggelse, der er et led i den universale forebyggelse, er stadig begrænset til forældreaftener eller -grupper (f.eks. Tyskland, Grækenland, Sverige), mens den familiebaserede forebyggelse kun indgår i den selektive forebyggelse (dvs. forebyggelse, der er koncentreret om risikofamilier) i Spanien, Irland, Polen, Sverige og Det Forenede Kongerige ([21]).

([21]) Se tabel 4 OL: Oversigt over de vigtigste forebyggelsesparametre.

Kapitel 3
Cannabis

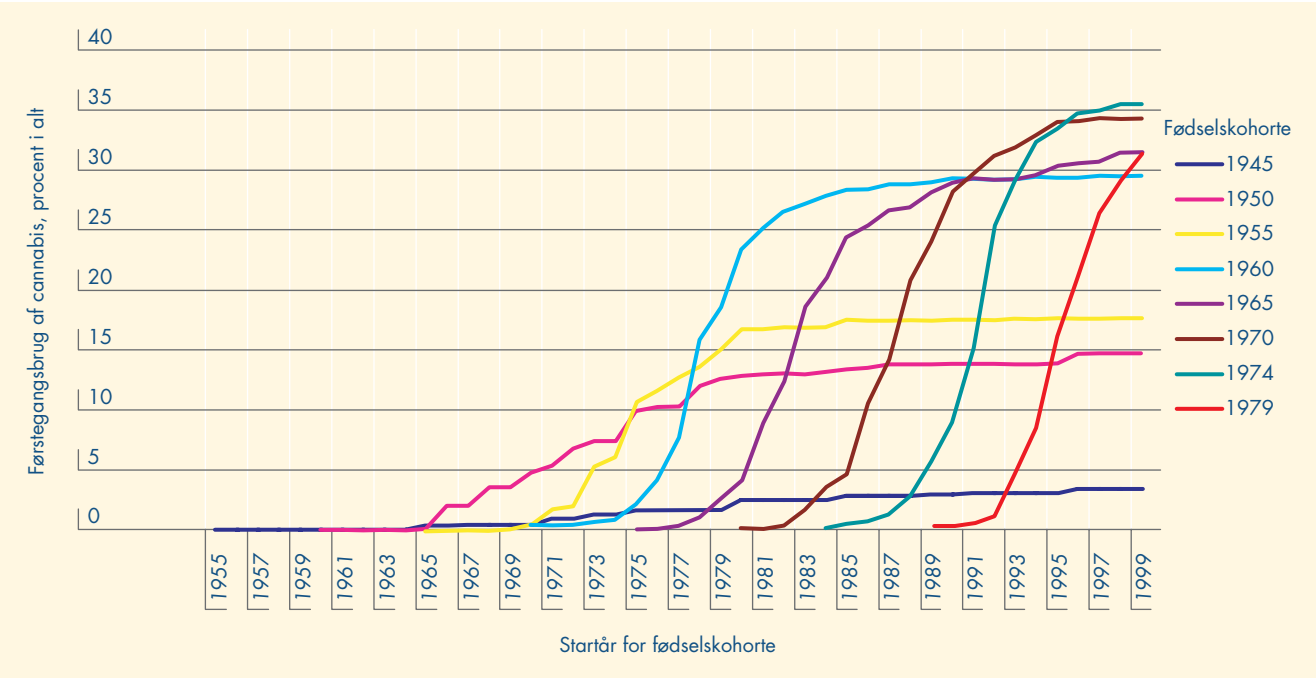
I alle EU-lande er cannabis det illegale stof, der er mest udbredt, selv om der er store udsving fra land til land. Unges brug af cannabis blev først udbredt i en række europæiske lande i 1970'erne og spredte sig til andre EU-lande i 1970'erne og 1980'erne (figur 4 — et eksempel fra Spanien). Udbredt narkotikabrug er et nyere fænomen i de nye EU-lande.

Udbredelse og mønstre

Narkotikabrugen i den almindelige befolkning vurderes gennem undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en del af befolkningen der har brugt stoffer i nærmere bestemte tidsrum ([22]). De seneste befolkningsundersøgelser viser, at en væsentlig andel af den voksne befolkning i Europa (15-64 år) har prøvet stoffet mindst én gang, nemlig fra 5 %-10 % i Belgien, Estland, Ungarn og Portugal til 24 %-31 % i Danmark, Spanien, Frankrig og Det Forenede Kongerige. Dette skal sammenholdes med resultaterne af en amerikansk husstandsundersøgelse om stofmisbrug fra 2002, hvoraf det fremgår, at 40 % af de voksne (12 år og derover) havde prøvet cannabis eller marihuana mindst én gang, mens 11 % havde prøvet disse stoffer inden for de seneste 12 måneder (SAMHSA, 2002) ([23]).

Undersøgelser har vist, at brugen af cannabis er koncentreret om unge voksne (15-34 år), især dem i tyverne. Andelen af cannabisbrugere er betydeligt højere blandt mænd end blandt kvinder. Nationale undersøgelser

Figur 4: Ændrede mønstre for alder ved førstegangsbrug af cannabis efter udvalgte fødselskohorter — et eksempel fra Spanien



Noter: Oplysninger baseret på national narkotikaundersøgelse fra 1997 (*n* = 12 515; 15-64-år) og 1999 (*n* = 12 488; 15-65 år).
Fødselskohorter er kun valgt, hvis der ingen væsentlige forskelle er mellem undersøgelserne og udvalgte stikprøver for etårig fødselskohorte.
Kilde: Kraus L. og Augustin R.: *Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain.* I EONN's rapport CT.00.EP.14: *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

([22]) Se metodebeskrivelsen vedrørende befolkningsundersøgelser i *Statistical Bulletin 2004*.
([23]) Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, der anvendes af EONN i EU-undersøgelser (15-64 år).

viser endvidere, at brugen er mere udbredt i byområder eller områder med høj befolkningstæthed. Nogle af de nationale forskelle kan derfor til dels afspejle forskelle i urbaniseringsgraden.

Antallet af 15- og 16-årige skoleelever, som mener, at cannabis kan skaffes let eller meget let, er altid meget højere end antallet af skoleelever, der har langtidserfaring med cannabisbrug ([24]), men de geografiske variationer er de samme. Der er store forskelle fra land til land. Nyere undersøgelser af 15-årige skoleelever viser, at langtidserfaringen med brug af cannabis varierer fra under 10 % i Grækenland, Malta, Sverige og Norge til over 30 % i Tjekkiet, Spanien, Frankrig og Det Forenede Kongerige ([25]). De højeste prævalenssatser findes blandt drenge i England (42,5 %), hvor prævalenssatsen for piger er en smule lavere (38 %). Forskellen i drenges og pigers brug af cannabis varierer ligeledes fra land til land og er mindre udtalt i Nordeuropa. F.eks. er langtidsprævalensen i Sverige på 7,7 % for drenge og 6,6 % for piger, mens det tilsvarende procenttal for Grækenland er henholdsvis 8 % og 2,7 %.

Brugen af cannabis har en tendens til at være lejlighedsvis eller afbrudt efter nogen tid. I de fleste EU-lande beretter kun 20 %-40 % af alle voksne, som har prøvet cannabis mindst én gang, at de har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder, mens kun 1 %-10 % indrømmer at have brugt cannabis inden for de seneste 30 dage.

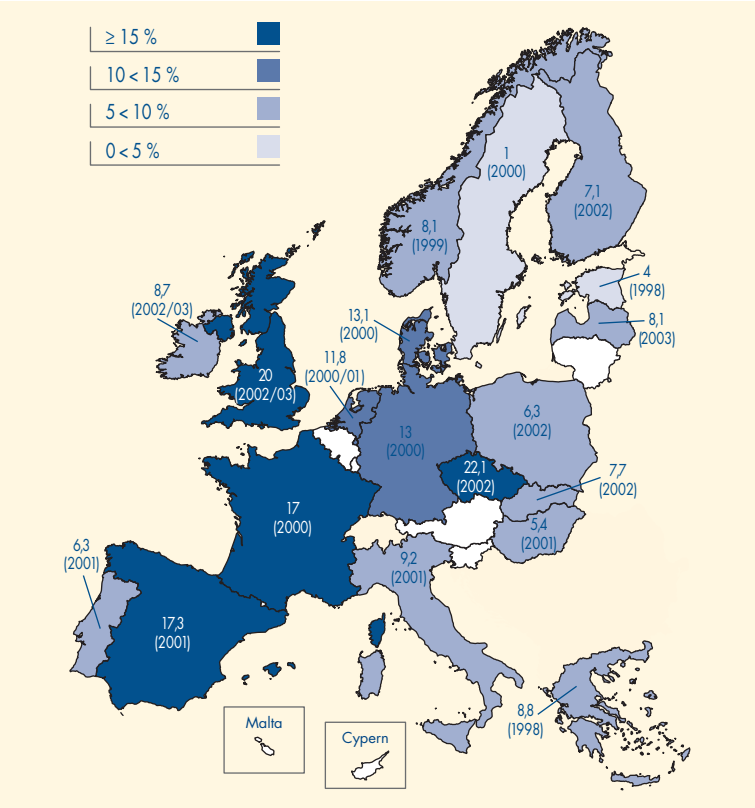
Brugen af cannabis inden for de seneste 12 måneder er højere blandt unge voksne (15-34 år) end blandt den voksne befolkning som helhed, nemlig mellem 5 % og 20 % i de fleste lande (figur 5).

En lille, men væsentlig og konstant andel (ca. 15 %) af 15-årige skoleelever i EU, som har brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, beretter, at de har anvendt stoffet mindst 40 gange (hvilket betragtes som et stort forbrug). Figur 6 viser, at mandlige elever er mere end dobbelt så tilbøjelige til at være storbrugere end kvindelige elever. Blandt mænd varierer andelen af storbrugere fra under 1 % i de fleste af Østersølandene (Estland, Letland, Litauen, Finland og Sverige) samt Malta til mellem 5 % og 10 % i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Slovenien og Det Forenede Kongerige. Dette skal sammenholdes med procentsatser på mellem 0 % og højst 4,6 % for kvindelige elever. Hvor meget et storforbrug af cannabis bidrager til sundhedsproblemer og den øgede efterspørgsel efter behandling behandles under Udvalgte aspekter: Baggrund for cannabisproblemerne (s. 82) ([26]).

Tendenser

Der er kun foretaget ensartede undersøgelsesserier i få EU-lande og i få år, hvilket gør det vanskeligt at pege på klare tendenser. Forskellige undersøgelser (nationale eller lokale og undersøgelser af værnepligtige og skolebørn) viser imidlertid, at brugen af cannabis, især blandt unge mennesker, steg markant i 1990'erne i næsten alle EU-lande. I nogle tilfælde fandt disse stigninger sted efter et fald i brugen i 1980'erne ([27]).

Figur 5: Nylig brug (seneste 12 måneder) af cannabis blandt unge voksne (15-34 år) som målt ved nationale befolkningsundersøgelser

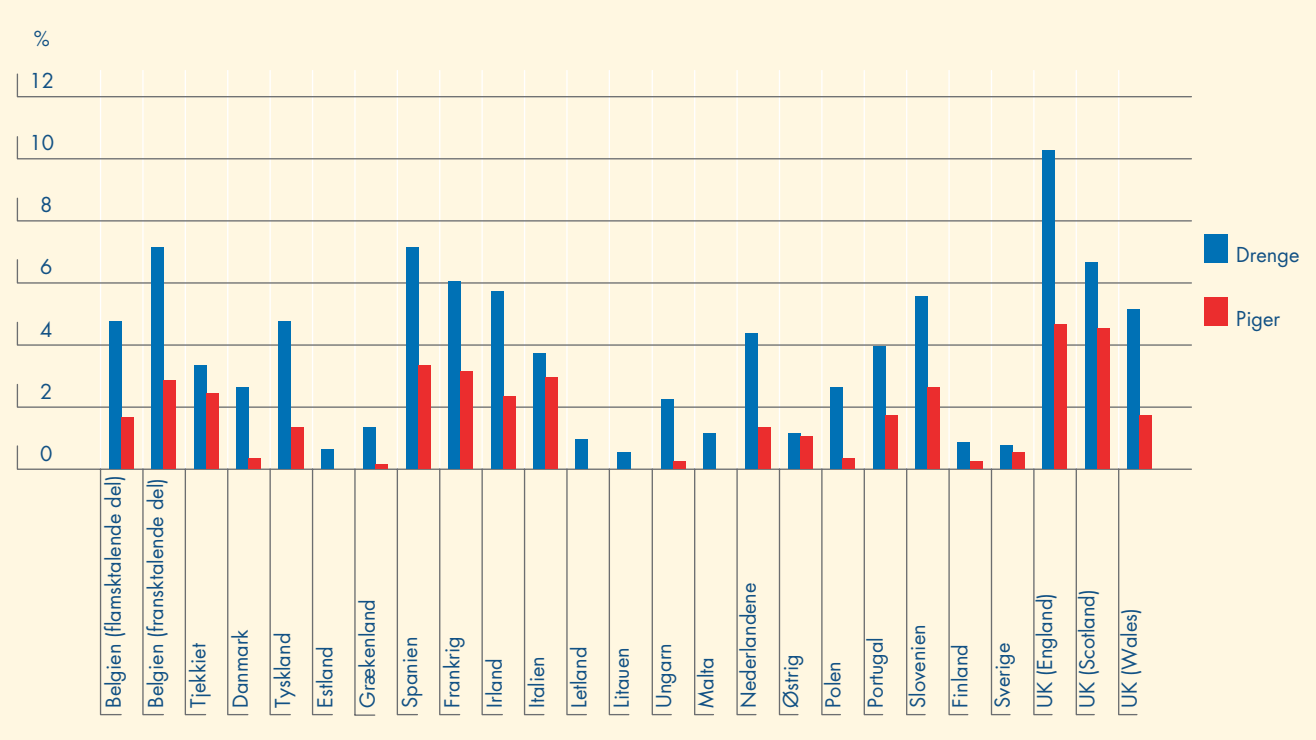


Noter: Data fra de seneste foreliggende nationale undersøgelser for hvert land, bortset fra Frankrig, hvor små stikprøver gjorde det umuligt at anvende oplysninger fra 2002, således at de oplysninger, der foreligger her er fra 2000. For nærmere oplysninger om antallet af respondenter pr. aldersgruppe se Befolkningsundersøgelse, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
Ikke alle oplysninger gælder nøjagtigt samme aldersgruppe, som EONN bruger som standardaldersgruppe (Danmark og Det Forenede Kongerige 16-34, Estland, Ungarn og Tyskland 18-34). Ændringer i aldersgrupperne kan delvis forklare visse marginale forskelle mellem landene. I enkelte lande er de nationale tal beregnet på ny for i størst mulig grad at kunne tilpasses EONN's definitioner.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i undersøgelsesrapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige befolkningsundersøgelsestabellerne i *Statistical Bulletin 2004*.

([24]) Se Udbredelse, tabel 2 i *Statistical Bulletin 2004*.
([25]) Se Udbredelse, tabel 2 i *Statistical Bulletin 2004*.
([26]) Se figur 4 OL: Relativ hyppighed af cannabisbrug blandt 15-årige skoleelever, som har prøvet stoffet inden for de seneste 12 måneder.
([27]) Se figur 5 OL: Udvikling i cannabisbrugen blandt unge i en række EU-lande som målt ved befolkningsundersøgelser.

Figur 6: Udbredelse af storforbrug af cannabis blandt 15-årige elever fordelt på køn i 2001-2002



Noter: »Storforbrug« af cannabis defineres som brug 40 eller flere gange inden for det seneste år. Tyskland, kun stikprøver på regionalt plan. Portugal, begrænset sammenlignelighed på grund af stikprøvestørrelse og alder.
Kilde: Currie, C. mfl.: *HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey.*

Selv om mange lande melder om en tendens til fortsat stigning i cannabisbrugen i de senere år, melder en række andre lande (Irland, Italien, Nederlandene, Finland, Sverige og Norge), at kurven for stofbrug for skoleelever, værnepligtige og teenagere er fladet ud i de seneste to-fire år. Den kommende rapport om ESPAD's skoleundersøgelse fra 2003 vil give en nærmere beskrivelse af tendenserne blandt skoleelever i EU ([28]).

Det kan konkluderes, at fritidsbrugen og den lejlighedsvise brug af cannabis er steget markant i 1990'erne i mange europæiske lande, men nu synes at være stabiliseret, i hvert fald i nogle lande. Tallet for den aktuelle brug er sandsynligvis også steget, især blandt unge.

Beslaglæggelser og markedsinformation

I 2002 var cannabis fortsat det illegale stof, som der blev produceret mest af, og som var genstand for den største ulovlige handel på verdensplan. Men da cannabisproduktionen er spredt ud over hele verden, og da der ikke findes nogen overvågningssystemer, er det stadig vanskeligt at anslå, hvor stor produktionen er (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Produktion og handel

I de senere år har hovedkilden til cannabisharpiks været Marokko efterfulgt af Afghanistan og Pakistan. En del af harpiksen kommer også fra andre lande i Centralasien, Den Russiske Føderation, Libanon og Albanien (UNODC, 2003a). I 2002 var Marokko fortsat nævnt hyppigst som kilde til cannabisharpiks, efterfulgt af Albanien og Indien, men 31 andre lande blev ligeledes angivet som kilder, hvilket bekræfter, at den ulovlige handel er udbredt, og at antallet af kildelande er stort (CND, 2004). I 2003 gennemførte UNODC (FN's Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse) sammen med Marokkos regering den første undersøgelse af cannabisproduktionen i Marokko. Undersøgelsen viste, at 27 % af landbrugsjorden i Rif-regionen blev anvendt til dyrkning af cannabis, hvilket svarer til en potentiel produktion på 3 080 tons cannabisharpiks i 2003 (UNODC og Marokkos regering, 2003). Det meste af den cannabisharpiks, der forbruges i EU, stammer fra Marokko. Den smugles især via Spanien, selv om Nederlandene er et vigtigt sekundært distributionscenter, hvorfra stoffet videretransporteres til andre EU-lande (Bovenkerk og Hogewind, 2002, nationale rapporter, 2003).

([28]) Se boks 3 OL: Den europæiske skoleundersøgelse om alkohol og andre rusgifte.

Tolkning af beslaglæggelser og markedsinformation

Antallet af narkotikabeslaglæggelser i et land betragtes sædvanligvis som en indirekte indikator for forsyning og tilgængelighed af narkotika, selv om de også afspejler retshåndhævelsesmyndighedernes ressourcer, prioriteringer og strategier, og ligeledes hvor udsat omsætningsleddene er for at blive pågrebet. Mængderne, som beslaglægges kan variere fra år til år, f.eks. hvis nogen af beslaglæggelserne et år er meget store. Af den grund betragter mange lande antallet af beslaglæggelser som en bedre indikator for tendenser. I alle lande omfatter antallet af beslaglæggelser en stor del små beslæggelser i detailleddet. Når man kender oprindelse og destination for beslaglagte stoffer giver det en indikation af smuglerruter og produktionsområder. De fleste medlemsstater rapporterer om priser og renhed for stoffer i detailleddet. Oplysningerne kommer imidlertid fra en række forskellige kilder, som ikke altid er sammenlignelige eller pålidelige, og dette gør det vanskeligt at foretage nøjagtige sammenligninger landene imellem.

Cannabis kommer fra lande over hele verden, men generelt var de oprindelseslande, som oftest blev nævnt på verdensplan, Albanien, Colombia, Sydafrika, Den Russiske Føderation, Jamaica og Nederlandene. Med undtagelse af Europa finder handelen med cannabis fortrinsvist sted inden for en og samme region, dvs. det produceres og forbruges lokalt eller i et naboland (UNODC, 2003a). De mængder cannabisblade, der blev beslaglagt i EU i 2002, stammede angiveligt fra flere lande, især Nederlandene og Albanien (CND, 2004; INCB, 2004a), men også fra Asien (Thailand), Afrika (Malawi, Sydafrika, Nigeria, Angola) samt Nord-, Mellem- og Sydamerika (Mexico, Jamaica, USA) (nationale Reitox-rapporter, 2003).

Lokal dyrkning og produktion af cannabis finder sted i de fleste EU-medlemsstater. Selv om de beslaglagte planter i nogle tilfælde kan have transiteret fra et andet land, kan omfanget af beslaglæggelser af cannabisplanter i EU (se tabel 3) anvendes som indikator for lokal cannabisdyrkning. I Belgien er cannabisdyrkning blevet udbredt i hele landet i de senere år. I Tjekkiet blev de første eksempler på hydroponisk dyrkning i stor målestok af cannabis — som en erstatning for udendørsdyrkning til eget forbrug — opdaget i 2002. I Estland steg antallet af opdagede cannabisplantager i 2002, og nogle af plantagerne var store. I Ungarn rapporteres det, at cannabisplanten bliver dyrket på et stadig større areal. Blandt EU-landene beslaglægges der flest cannabisplanter i Italien efterfulgt af Nederlandene, hvor antallet af beslaglagte planter er steget siden 1998. Sidstnævnte er også en positiv konsekvens af en integreret flerstrenget partnerskabsløsning på lokalt plan (dvs. tæt samarbejde mellem lokale myndigheder, elektricitetsselskaber, skatteafdelinger osv.) i Nederlandene. Det anslås, at mellem halvdelen og tre fjerdedele af den cannabis, der forbruges i Nederlandene, er hjemmedyrket (»nederwiet«). Nederlandene er ligeledes ved at få mindre betydning som kilde til cannabis, der eksporteres til andre lande, end som

Tabel 3: Beslaglæggelser af cannabisplanter i EU-landene og Norge i 2001

Land	Antal beslag-læggelser	Beslaglagte mængder: antal planter (i kg, når planteantallet ikke er oplyst)
Belgien	e.o.	e.o.
Tjekkiet (1)	e.o.	343
Danmark (1)	e.o.	230
Tyskland	785	68 696
Estland	24	6 043
Grækenland	e.o.	18 821
Spanien	e.o.	(3 907 kg)
Frankrig	681	(41 kg)
Irland	20	365
Italien	e.o.	3 219 414
Cypern (1)	e.o.	274
Letland (1)	e.o.	(72,7 kg)
Litauen	e.o.	e.o.
Luxembourg	2	11
Ungarn	e.o.	e.o.
Malta	e.o.	e.o.
Nederlandene	e.o.	884 609
Østrig	120	(36 kg)
Polen (1)	e.o.	2 550
Portugal	64	3 807
Slovenien	426	1 925
Slovakiet (1)	e.o.	535
Finland	612	(16 kg)
Sverige	51	(3 kg)
Det Forenede Kongerige (2)	1 875	71 507
Norge	e.o.	(17 kg)

e.o.: ej oplyst.
Kilde: Nationale Reitox-knudepunkter; undtagen:
(1) Interpol (2003): *Nationale statistikker om produktion af, ulovlig handel med og brug af illegale stoffer i 2001*. Interpol. Lyon.
(2) Corkery, J.M. og Airs, J. (2003): *Seizures of drugs in the UK 2001*. Findings nr. 202. RDS-Home Office. London.

transitland for udenlandsk cannabis, især efter at andre EU-lande er ved at få en større produktion.

Beslaglæggelser

I 2002 blev der globalt beslaglagt i alt 1 039 tons cannabisharpiks og 3 800 tons cannabisblade. Europa og Asien tegnede sig fortsat for størstedelen af den beslaglagte cannabisharpiks, nemlig henholdsvis 70 % og 23 %, mens beslaglæggelserne af cannabisplanter var koncentreret om Nord-, Mellem- og Sydamerika (70 %) og Afrika (19 %) (CND, 2004). Cannabis er det narkotikum, der målt i hyppighed og mængde beslaglægges mest af i samtlige EU-lande undtagen Letland, hvor antallet af heroinbeslaglæggelser er større. De fleste beslaglæggelser af cannabis i EU sker i Det Forenede Kongerige efterfulgt af Spanien og Frankrig ([29]). I de seneste fem år har Spanien dog mængdemæssigt tegnet sig for over halvdelen af den samlede beslaglagte cannabis i EU. På EU-plan har antallet af cannabisbeslaglæggelser ([30]) været svingende, dog med stigende tendens, siden 1997, mens de beslaglagte mængder ([31]) har været faldende siden 1998. Efter et fald i 2001 steg antallet af beslaglæggelser og den beslaglagte mængde i EU — ud fra tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data — igen i 2002.

En række lande har investeret i nye teknologiske systemer for at effektivisere bekæmpelsen af ulovlig handel med cannabis. F.eks. har Spanien for nylig udviklet det integrerede eksterne overvågningssystem (SIVE) — der er taget i brug i Algeciras-regionen og på nogle af De Kanariske Øer — for at gøre det lettere på stedet at afsløre såvel cannabissmugling som ulovlig indvandring ([32]).

Pris og styrke

I 2002 svingede den gennemsnitlige detailpris for cannabisharpiks i EU mellem 2,7 EUR pr. gram i Spanien til 21,5 EUR pr. gram i Norge, mens prisen for cannabisblade varierede fra knap 2 EUR pr. gram i Estland og Spanien til 14 EUR pr. gram i Letland ([33]). I perioden 1997-2002 var gennemsnitsprisen for cannabisharpiks stabil eller let faldende i det meste af EU — undtagen i Luxembourg, hvor der er meldt om en mindre stigning. I 2002 blev der meldt om en lignende tendens i samtlige lande undtagen Tyskland, Frankrig, Letland og Litauen, hvor gadeprisen for cannabisharpiks steg. I samme femårsperiode var prisen for cannabisblade ligeledes stabil eller faldende i de fleste lande, selv om Belgien, Tjekkiet, Litauen og Luxembourg meldte om en mindre stigning. I 2002 steg prisen for cannabisblade i Tyskland, Litauen, Letland og Nederlandene, mens prisen forblev stabil eller var faldende i de øvrige medlemsstater.

Cannabisprodukternes styrke bestemmes ud fra deres indhold af den primære aktive ingrediens Δ^9-tetrahydrocannabinol (THC) (EONN, 2004c). I 2002 er der i de lande, for hvilke der foreligger data, meldt om cannabisprodukter — harpiks ([34]) og blade ([35]) — i detailleddet med et gennemsnitligt indhold af THC fra under 1 % til 15 %.

([29]) Bør dog kontrolleres, når de manglende data for 2002 foreligger. Oplysninger om antal cannabisbeslaglæggelser i 2002 manglede for Italien, Ungarn, Polen og Slovenien, mens der manglede oplysninger om såvel antallet af cannabisbeslaglæggelser som mængden af beslaglagt cannabis i 2002 for Cypern, Malta, Nederlandene, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

([30]) Se Markeder, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.

([31]) Se Markeder, tabel 2 i *Statistical Bulletin 2004*.

([32]) Se http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp

([33]) Se Markeder, tabel 14 i *Statistical Bulletin 2004*.

([34]) Se Markeder, tabel 15 i *Statistical Bulletin 2004*.

([35]) Se Markeder, tabel 16 i *Statistical Bulletin 2004*.

Kapitel 4

Stimulanser af amfetamintypen, lsd og andre syntetiske stoffer

Indledning

I dette kapitel vil brugen af en række syntetisk fremstillede stoffer blive gennemgået. Nogle af stofferne, f.eks. amfetaminer, er meget længe blevet brugt i Europa. Andre, som f.eks. ecstasy, er først senere blevet almindeligt udbredt. Det er de psykoaktive egenskaber, der tiltrækker. I dette kapitel vil også bestræbelserne for at påvise tilstedeværelsen af eventuelle nye syntetiske stoffer på den europæiske scene blive behandlet.

Amfetaminer er den generiske betegnelse for amfetamin, metamfetamin og en række andre, mindre kendte stoffer, som alle stimulerer det centrale nervesystem. Af disse stoffer er amfetaminer absolut de mest tilgængelige i Europa. På verdensplan stiger metamfetaminbrugen, hvilket vækker stor bekymring, da stoffet forbindes med en række alvorlige helbredsproblemer. Hidtil synes det kun at være Tjekkiet, der har et større forbrug af metamfetaminer, men sporadiske rapporter giver grund til at frygte, at dette stof kan være ved at vinde indpas andre steder.

Ecstasygruppen, som undertiden omtales som entaktogener, omfatter syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men som virker på en lidt anden måde. Det mest velkendte stof i ecstasygruppen er 3,4-methylendioxy-metamfetamin (MDMA), men ofte findes andre beslægtede analogstoffer i ecstasytabletterne.

Generelt er brugen af ecstasy, amfetaminer og lsd i den almindelige befolkning ikke udbredt, men ved nærmere undersøgelse viser det sig, at udbredelsen blandt yngre aldersklasser er meget større, især i visse sociale sammenhænge og/eller subkulturer.

Udbredelse og brugsmønstre

Befolkningsundersøgelser viser, at det traditionelt efter cannabis er amfetamin, der er det mest anvendte illegale stof, selv om udbredelsen generelt er klart mindre (figur 7). Men i en række lande, hvor der er gennemført flere undersøgelser (f.eks. Tyskland, Spanien, Nederlandene, Finland og Det Forenede Kongerige), har brugen af ecstasy vist sig at nå op på eller overstige niveauet for brugen af amfetamin i de senere år ([36]). Hertil kommer, at det af nylige undersøgelser, som ganske vist ikke udgør en del af en serie, fremgår, at ecstasybrugen i en række andre lande (Tjekkiet, Irland, Portugal) er forholdsvis høj.

Ifølge nyere undersøgelser varierer langtidsprævalensen for amfetaminbrug blandt den voksne befolkning i almindelighed (15-64 år) fra 0,5 % til 6 % i EU-medlemsstaterne, undtagen Det Forenede Kongerige, hvor tallet ligger helt oppe på 12 %. Ca. 0,5 %-7 % af befolkningen har prøvet ecstasy.

Nylig brug (sidste års prævalens) af amfetaminer eller ecstasy blandt voksne er generelt på under 1 %, selv om tallene for begge stoffer er noget højere i Tjekkiet, Spanien, Irland og Det Forenede Kongerige. Endvidere er den nylige brug af amfetaminer højere end gennemsnittet i Danmark og den nylige brug af ecstasy i Nederlandene.

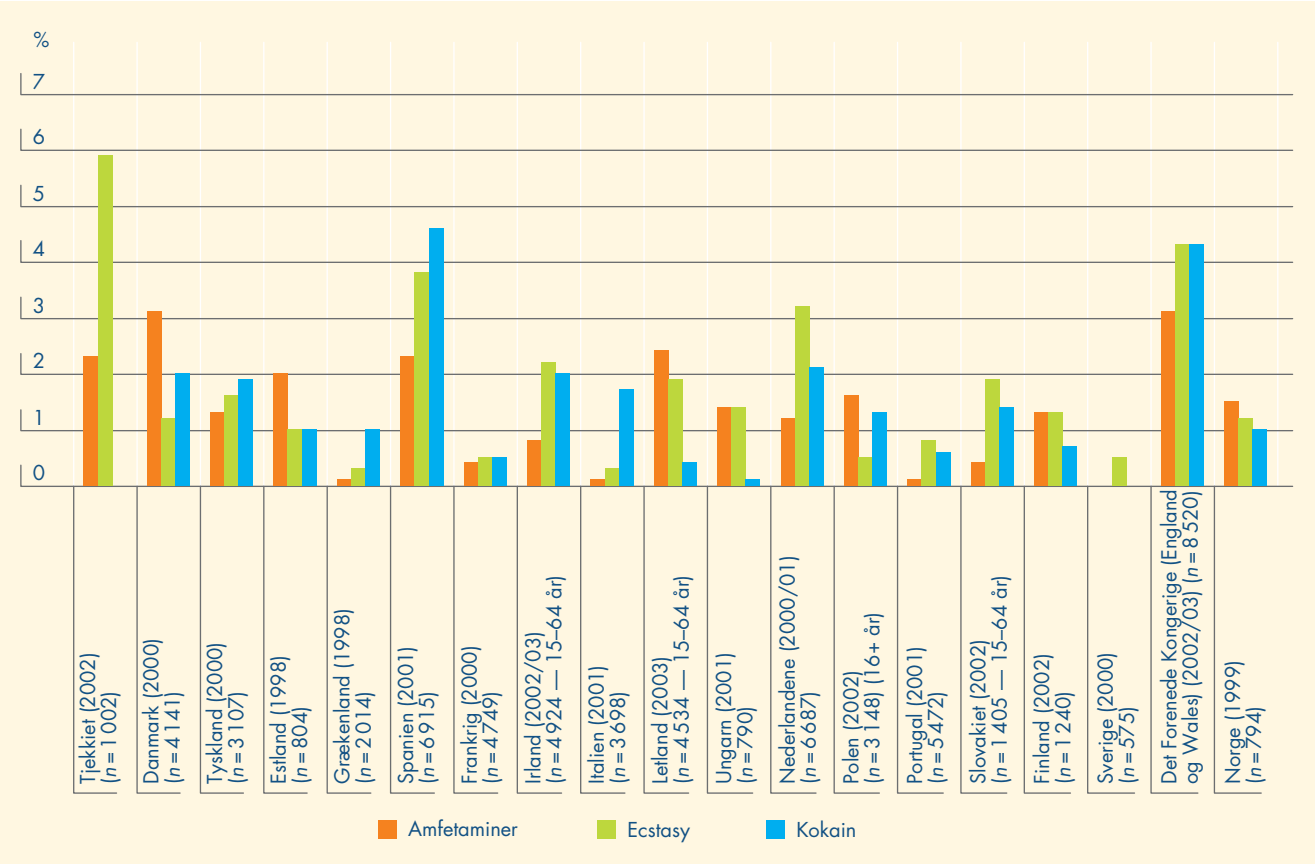
Blandt befolkningen som helhed er amfetamin- og ecstasybrug især udbredt blandt unge. Langtidsprævalensen blandt unge voksne (15-34 år) svinger mellem 2 % og 11 %, mens sidste års prævalens varierer fra 0,5 % til 6 %. Nationale undersøgelser viser en langtidsprævalens for ecstasybrug blandt 15-24-årige mænd på 11 %-17 % i Tjekkiet, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, mens sidste års prævalens er på 5 %-13 % i Tjekkiet, Spanien, Irland (undersøgelse i 1998), Letland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Disse tal ville sandsynligvis ligge endnu højere, hvis man kun undersøgte bybefolkningerne (figur 8).

Generelt steg ecstasybrugen i 1990'erne. Selv om brugen af ecstasy måske stadig vokser blandt unge, synes eskaleringen blandt befolkningen som helhed at være begrænset, i hvert fald foreløbig.

Dette skal sammenholdes med tallene i den amerikanske husstandsundersøgelse om stofmisbrug fra 2001, der viser, at langtidserfaringen med ecstasybrug blandt voksne (12 år og derover) var på 4,3 %, mens 9 % angav, at de mindst én gang havde brugt stimulanser (herunder 5,3 %, som angav, at de havde prøvet metamfetamin). Sidste års prævalens for ecstasy var på

([36]) Se figur 6 OL: Udvikling i nylig brug (sidste års prævalens) af amfetaminer og ecstasy blandt unge voksne (15-34 år) i Det Forenede Kongerige (*British Crime Survey*).

Figur 7: Nylig brug (seneste 12 måneder) af amfetaminer, ecstasy og kokain blandt unge voksne (15-34 år) som målt ved nationale befolkningsundersøgelser



Noter: Data fra de seneste foreliggende nationale undersøgelser for hvert land, bortset fra Frankrig, hvor små stikprøver gjorde det umuligt at anvende oplysninger fra 2002, således at de oplysninger, der foreligger her er fra 2000 (se epidemiologiske tabeller om befolkningsundersøgelser, *Statistical Bulletin 2004*).
Stikprøver (*n*) henviser til antallet af respondenter for hele undersøgelsen. For nærmere oplysninger om antallet af respondenter pr. aldersgruppe se Befolkningsundersøgelse, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
Ikke alle oplysninger gælder nøjagtigt samme aldersgruppe, som EONN bruger som standardaldersgruppe (Danmark og Det Forenede Kongerige 16-34, Estland, Ungarn og Tyskland 18-34). Ændringer i aldersgrupperne kan delvis forklare visse marginale forskelle mellem landene. I enkelte lande er de nationale tal beregnet på ny for i størst mulig grad at kunne tilpasses EONN's definitioner.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i undersøgelsesrapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige befolkningsundersøgelsestabellerne i *Statistical Bulletin 2004*.

1,3 %, mens den for stimulanser var på 1,4 % (inklusive 0,7 %, som meldte om brug af metamfetamin) ([37]).

Undersøgelser af unge

Sammenlignelige data om unge er i vid udstrækning baseret på skoleundersøgelser med fokus på 15- og 16-årige skoleelever.

Nye data for 2001-2002 viser, at langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15- og 16-årige skoleelever er stabil eller faldende i seks medlemsstater (den fransktalende del af Belgien, Tjekkiet, Spanien, Italien, Ungarn og Sverige). I disse lande lå langtidsprævalensen for ecstasy på mellem 1 % og 4,7 % ([38]).

Det Forenede Kongerige (5 %) har meldt om en stigning på 1 % i langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15- og 16-årige skoleelever. Rapporten om det europæiske skoleundersøgelsesprojekt (ESPAD), som snart vil blive offentliggjort ([39]), vil indeholde vigtige data om tendenserne siden 1995 og 1999 i en række andre EU-medlemsstater.

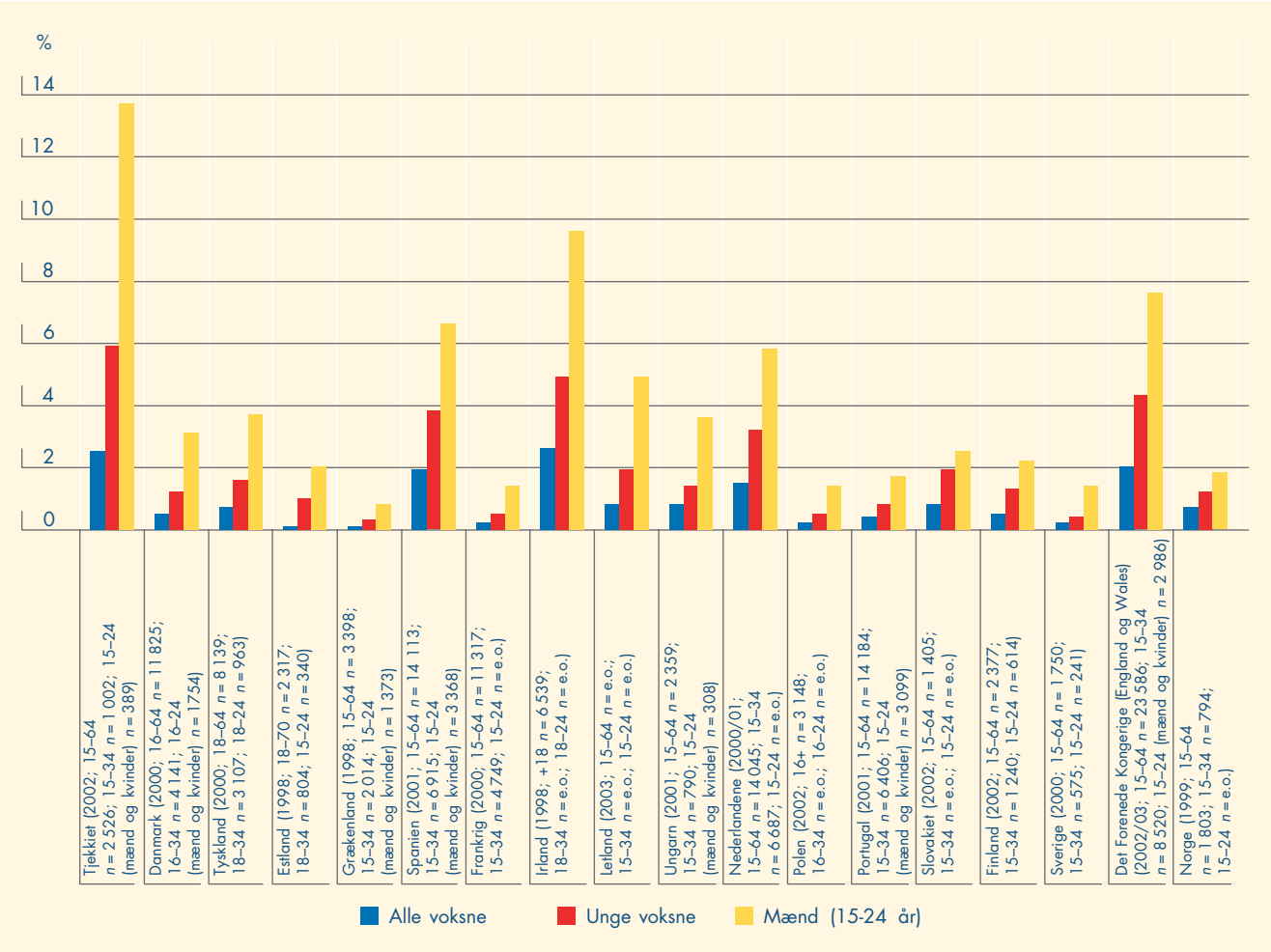
Undtagen i Ungarn var langtidsprævalensen for amfetaminbrug blandt 15- og 16-årige skoleelever stabil

([37]) Resultater fra den amerikanske undersøgelse af narkotikabrug og sundhedsstatistikker fra 2002 (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies*). Kan rekvireres på SAMHSA's websted (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, EONN anvender i EU-undersøgelser (15-64 år).

([38]) Se Udbredelse, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.

([39]) Se boks 3 OL: Det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre rusmidler (ESPAD).

Figur 8: Nylig brug (seneste år) af ecstasy blandt alle voksne (15-64 år), unge voksne (15-34 år) og mænd på 15-24 år som målt ved nationale befolkningsundersøgelser



Noter: Data fra de seneste foreliggende nationale undersøgelser for hvert land, bortset fra Frankrig, hvor små stikprøver gjorde det umuligt at anvende oplysninger fra 2002, således at de oplysninger, der foreligger her, er fra 2000.
Ikke alle oplysninger gælder nøjagtigt samme aldersgruppe, som EONN bruger som standardaldersgruppe (Danmark og Det Forenede Kongerige 16-34, Estland, Ungarn og Tyskland 18-34). Ændringer i aldersgrupperne kan delvis forklare visse marginale forskelle mellem landene. I enkelte lande er de nationale tal beregnet på ny for i størst mulig grad at kunne tilpasses EONN's definitioner.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter — oplysninger hentet i rapporter om befolkningsundersøgelser eller videnskabelige artikler. Se Befolkningsundersøgelse, tabel 3 og tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.

eller faldende i alle lande, som har fremlagt nye data for 2001-2002 ([40]).

Generelt er langtidsprævalensen og den intensive brug af stimulanser af amfetamintypen højere blandt mænd end kvinder undtagen i Tjekkiet, hvor både ESPAD's og WHO's skoleundersøgelser viser en højere langtidsprævalens for metamfetaminbrug (især »pervitin«) blandt piger. Dette svarer til resultaterne af undersøgelserne af unge, som behandles på narkotikabehandlingscentre i Tjekkiet: Over halvdelen af de teenagere, der søger behandling for problemer i forbindelse med brug af stimulanser (især »pervitin«), er kvinder i modsætning til grupperne i alderen 20 år og derover, hvor der er dobbelt så mange mandlige klienter som kvindelige. Hidtil er der ikke kommet nogen forklaring på dette teenage-fænomen, men det viser, at der er behov for en nøje overvågning af situationen, for så vidt angår kvinder og brugen af stimulanser af amfetamintypen.

Nyere undersøgelser i Nederlandene og Det Forenede Kongerige viser, at ecstasybrug er meget mere udbredt i partymiljøet end i den almindelige befolkning (Deehan og Saville, 2003; Ter Bogt og Engels, 2004). Der foreligger ikke mange data om hyppigheden af ecstasybrug og forbrugte mængder, men de få data, der er, tyder på meget varierende brugsmønstre. F.eks. viste en undersøgelse fra 2001 af ravepartydeltagere i Nederlandene, at over halvdelen af dem (58 %) havde brugt ecstasy inden for den

([40]) Se Udbredelse, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.

seneste måned. Af disse indrømmede 17 % — defineret som »aktuelle ecstasybrugere« — at de brugte ecstasy »et par gange om ugen«, mens 22 % brugte ecstasy hver uge. Én ud af tre (32 %) brugte ecstasy »et par gange om måneden«. Med hensyn til fremtidige tendenser har Spanien angivet, at forbindelsen mellem ecstasybrug og bestemte typer musik eller »events« synes at være svækket, og at stoffet muligvis har mistet noget af sin betydning som middel til at identificere specifikke grupper.

Trods den generelle bekymring over kombinationen af stimulerende stoffer og bilkørsel viser en spansk toksikologisk undersøgelse af trafikdødsfald fra 2002, at kun 0,4 % af de 1 441 førere, der blev undersøgt, havde indtaget ecstasy.

Ecstasyrelaterede dødsfald

Ecstasyrelaterede dødsfald er sjældne i forhold til dødsfald, hvor opiater er involveret, men de vækker stor bekymring hos offentligheden, formentlig på grund af ofrenes unge alder og den fuldstændigt uventede dødelige udgang. Udtrykket »ecstasyrelateret dødsfald« må defineres nærmere. I dag kan ecstasyrelaterede dødsfald forstås således, at stoffet er nævnt i dødsattesten eller er blevet fundet ved den toksikologiske analyse (ofte i kombination med opiater, alkohol, kokain eller andre stoffer).

Ifølge Reitox-rapporterne fra 2003 er ecstasyrelaterede dødsfald meget sjældne i de fleste EU-lande, mens dødsfald, hvor ecstasy tilsyneladende har været direkte involveret, er endnu sjældnere (2 i Østrig, 2 i Frankrig, hvoraf 8 tilskrives ecstasy alene, 19 i Tyskland, hvoraf 8 tilskrives ecstasy alene, 1 i Grækenland og 2 i Amsterdam, heraf 1, hvor alkohol også var involveret), men indberetningsprocedurerne er forskellige fra land til land. Det Forenede Kongerige meldte om 55 ecstasyrelaterede dødsfald i 2001, en stigning fra 16 dødsfald i 1998. En britisk serieundersøgelse baseret på 202 sager indberettet til det nationale program vedrørende misbrugsrelaterede dødsfald mellem 1996 og 2002 har ligeledes vist en stigning i antallet af ecstasyrelaterede dødsfald mellem 1996-1997 (12 sager) og 2001-2002 (72 sager). I 17 % af sagerne er ecstasy det eneste stof, der er nævnt (Schifano mfl., 2003). Det forholdsvis høje antal ecstasyrelaterede dødsfald i Det Forenede Kongerige kan skyldes en reelt højere prævalens for ecstasybrug, men kan også skyldes bedre overvågnings- og analyseprocedurer.

Akutte hospitalsindlæggelser kan ligeledes betragtes som en indikator for akutte sundhedsproblemer i forbindelse med stofbrug. Fra 1996-2001 blev der meldt om en moderat stigning i antallet af akutte ecstasy- og amfetaminrelaterede indlæggelser i Spanien ([41]) ([42]). Eftersom ingen andre lande systematisk indsamler data fra skadestuer, er der hidtil ikke rapporteret om tilsvarende stigninger andre steder.

I en britisk undersøgelse, hvor man søgte at sætte tal på risikoen for død efter indtagelse af ecstasy målt i forhold til antallet af ecstasybrugere, blev der fundet et meget bredt risikointerval (0,2-5,3 pr. 10 000 brugere), og behovet for bedre definitioner af ecstasyrelaterede dødsfald og risikopopulationer blev fremhævet (Gore, 1999; Schifano mfl., 2003).

Et væsentligt antal ecstasyrelaterede dødsfald kunne være blevet forhindret ved forholdsvis enkle foranstaltninger i partymiljøerne (bedre udluftning og vandforsyninger) og sundhedsoplysning. Andre dødsfald synes at være en følge af idiosynkratiske reaktioner. Sådanne uforudsigelige reaktioner er vanskelige at forhindre, og mulighederne for at gribe ind udover at yde lægehjælp er derfor begrænsede.

Tiltag i fritidsmiljøer

Forebyggelse i fritidsmiljøer er formentlig den mest gennemprøvede specifikke form for selektiv forebyggelse. I nogle medlemsstater ([43]) har der allerede i nogen tid eksisteret indholdsbeskrivelser, retningslinjer og tilbud om tjenester, og der er registreret en mindre stigning i forebyggelsesindsatsen, især i de nye medlemsstater ([44]).

Tiltagene strækker sig fra afholdenhedsorienterede foranstaltninger som f.eks. den svenske kampagne »Der er mange grunde til ikke at prøve stoffer« i sommeren 2003 (som havde til formål dels at gøre dem, der allerede var modstandere af stoffer, endnu mere besluttet på ikke at prøve stoffer, dels at overtale dem, der vaklede, til at vælge rigtigt), til pilletest for brugere i visse lande (se nedenfor) ([45]). I den senere tid har strukturbaserede foranstaltninger dog fået større betydning i stadig flere medlemsstater, især de nordiske (hovedsageligt alkoholforebyggelse) og Italien. Dette indebærer fastlæggelse af fælles samarbejdsstrategier, som involverer restauranter, klubber og barer, politi, narkotikaforebyggelsestjenester, restaurantansattes fagforeninger og forvaltninger. Der fokuseres normalt på sikkerhedsspørgsmål, førstehjælp, narkotikaovervågning og forebyggelse af skader, der kræver akut indlæggelse, samt af vold. De ansatte er uddannet til at kunne identificere risikosituationer og til at gribe ind på en professionel måde.

([41]) I Spanien er de akutte indlæggelser efter indtagelse af psykoaktive stoffer i flere år blevet overvåget, ved at man en uge om året har registreret denne form for indlæggelse i en stikprøve af hospitaler dækkende hele landet. Nævnte stoffer bliver registreret. For nærmere oplysninger om den anvendte metode henvises til den nationale Reitox-rapport for 2003 (s. 34-36).

([42]) Se figur 7 OL: Andel af akutte hospitalsindlæggelser som følge af stofbrug, Spanien 1996-2001.

([43]) Se figur 8 OL: Den betydning, der i medlemsstater tillægges forebyggelse i fritidsmiljøer.

([44]) Se tabel 5 OL: Oversigt over parametre for forebyggelse i fritidsmiljøer.

([45]) Se tillige figur 8 OL: Den betydning, der i medlemsstater tillægges forebyggelse i fritidsmiljøer.

Danmark har gennemført et udviklingsprojekt om ecstasyforebyggelse i to »modelamter«, hvor der er fokuseret på forebyggelse på kommuneplan (formulering af lokale handlingsplaner og narkotikapolitikker), på skoler og gymnasier og i partymiljøet. Der er bl.a. blevet udarbejdet en guide mod stoffer i nattelivet, »nultolerance«-guiden, og et websted med baggrundsmateriale. Ledere og ansatte i restauranter er blevet oplært til at tackle stoffer. Af de første rapporter synes det at fremgå, at nogle af de ecstasyspecifikke tjenester, f.eks. en telefonhjælpelinje og rådgivningstjenester, ikke har stor søgning. Der er kun få akutte indlæggelser og henvisninger til behandlingsinstitutioner.

En nyere nederlandsk-tysk-østrigsk undersøgelse (Benschop mfl., 2002) ([46]) har analyseret pilletesttjenesters indvirkning på stofbrugsadfærden og risikobevidstheden hos ecstasybrugere i tre europæiske byer (Amsterdam, Hannover og Wien). Respondenterne i de tre byer lignede hinanden bemærkelsesværdigt meget. F.eks. var der kun små forskelle mellem dem, der benyttede pilletesttjenesten, og dem, der ikke benyttede tjenesten. Den mest almindelige kilde til information om ecstasy er vennegruppen, idet massemedierne og livsstilsmagasiner kun spiller en mindre rolle. Brugerne underretter deres venner om testresultaterne. Denne uformelle formidlingsvej betragtes som en skjult fordel ved pilletests, idet den udvider narkotikaforebyggelsesnettet og sænker tærsklen for kontakter med forebyggelsestjenester. Brugere og ikke-brugere synes at have forskellige sociale netværk og blander sig ikke med hinanden, end ikke når de deltager i samme fester eller lignende. Der blev ikke fundet tegn på, at pilletests stimulerer ecstasybrugen eller udvider kredsen af ecstasybrugere.

Behandling

Brug af stimulanser af amfetamintypen (ATS) er sjældent den primære grund til at blive behandlet på et narkotikabehandlingscenter. Der er dog visse markante undtagelser: 52 % af klienterne i Tjekkiet, 35,3 % i Finland og 29 % i Sverige angiver ATS som hovedårsagen til, at de søger behandling. I Tjekkiet kommer den største efterspørgsel efter behandling fra brugere af »pervitin« ([47]), hvoraf ca. en tredjedel er teenagere (under 20 år). Over halvdelen af disse teenagere er piger. I både Sverige og Finland har amfetaminer traditionelt spillet en væsentlig rolle ved afgrænsningen af det nationale narkotikaproblem, og det gør de til en vis grad stadig.

Beslaglæggelser og markedsinformation ([48])

Ifølge FN's Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse (UNODC, 2003a) er produktionen af ATS — »syntetiske stoffer, herunder de kemisk beslægtede amfetaminer, metamfetaminer og ecstasy, vanskelig at kvantificere, fordi produktionen starter med let tilgængelige kemikalier i laboratorier, der let kan skjules«. Dog anslås den samlede årlige produktion af ATS på verdensplan til ca. 520 tons (UNODC, 2003b). ATS-beslaglæggelserne på globalt plan toppede i 2000 ved 46,2 tons og er siden da faldet til 25,7 tons i 2002 (CND, 2004).

Metamfetaminer

Ser man på de mængder, der fremstilles og smugles på verdensplan, er metamfetaminer den vigtigste ATS. De største mængder beslaglægges i Øst- og Sydøstasien (Thailand, Kina) efterfulgt af Nordamerika (UNODC, 2003a). Metamfetaminproduktionen i Europa sker i meget mindre målestok. I perioden 2000-2001 lå kun 2 % af de hemmelige metamfetaminlaboratorier, der blev lukket på verdensplan, i Europa — især i Tjekkiet, Den Russiske Føderation og Slovakiet. Inden for EU er der også rapporteret om en mindre metamfetaminproduktion i Belgien, Tyskland, Estland, Frankrig, Letland, Litauen og Det Forenede Kongerige (UNODC, 2003a,b). I Tjekkiet angives produktionen af metamfetamin at have fundet sted siden begyndelsen af 1980'erne. Det meste af produktionen er bestemt til lokalt forbrug, men en del smugles til Tyskland og Østrig (UNODC, 2003a). Selvom information om metamfetaminer ikke systematisk indberettes til EONN, har Tjekkiet, Danmark, Estland, Litauen, Norge og Sverige meldt om beslaglæggelser af metamfetaminer i 2002.

I 2002 forblev den gennemsnitlige detailpris for »pervitin« i Tjekkiet stabil ved 32 EUR pr. gram undtagen i begyndelsen af året, hvor priserne steg som følge af en mangel på stoffets prækursor (efedrin). I detailleddet angives den gennemsnitlige renhedsgrad at være på 40 %.

Amfetaminer

Ud fra antallet af lukkede laboratorier er den globale produktion af amfetaminer fortsat koncentreret om Europa. I 2002 blev der afsløret amfetaminlaboratorier i Polen og Nederlandene, men også nogle i Tyskland, Estland, Frankrig og Litauen ([49]) (de nationale Reitox-rapporter,

([46]) I EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828

([47]) »Pervitin« er den lokale betegnelse for en type metamfetamin, der fremstilles illegalt i Tjekkiet. Stoffet har eksisteret længe og indtages normalt ved injektion. Fremstillingen af stoffet kan kædes sammen med den lovlige efedrinindustri (*UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines, 2003.*

([48]) Se kapitel 3, Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation, s. 31.

([49]) Selv om de ikke er medtaget på denne liste, er en række ulovlige amfetaminlaboratorier blevet afsløret i de senere år i Det Forenede Kongerige. Endvidere blev der for første gang opdaget et hemmeligt amfetaminlaboratorium i Luxembourg i begyndelsen af 2003.

2003; CND, 2004). Kildelandene for så vidt angår den amfetamin, der blev beslaglagt i EU i 2002, var navnlig Nederlandene og Polen og i mindre grad fra Belgien, Estland og Litauen.

De fleste amfetaminbeslaglæggelser sker ligeledes i Vesteuropa. I 2002 tegnede denne del af verden sig for 86 % af den samlede mængde beslaglagte amfetaminer, mens Østeuropa tegnede sig for 10 % og lande i Det Nære Østen og Mellemøsten for 3 % (CND, 2004). I EU er det land, der igennem de seneste fem år har haft flest amfetaminbeslaglæggelser, Det Forenede Kongerige ([50]). På EU-plan toppede antallet af amfetaminbeslaglæggelser ([51]) i 1998, mens de beslaglagte mængder ([52]) toppede i 1997. Derefter faldt både antallet og mængderne indtil 2000. Tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, viser, at såvel antallet som mængden synes at være steget igen siden 2000 og 2001 ([53]), mens de beslaglagte mængder er steget siden 2001. I 2002 lå de gennemsnitlige amfetaminpriser på brugerniveau fra 11 EUR pr. gram i Ungarn og Estland til 37,5 EUR pr. gram i Norge ([54]). I de seneste fem år har priserne været stabile eller faldende i de fleste af de lande, der kan fremlægge sådanne data.

Den gennemsnitlige renhedsgrad for amfetaminer i detailleddet varierede i 2002 fra 10 % (Tyskland) til 52 % (Norge), og de højeste renhedsgrader efter Norge blev fundet i Østersølandene Estland, Letland, Litauen og Finland. En væsentlig undtagelse er Portugal, hvor gennemsnitsrenheden i 2002 var på under 1 %. I de seneste fem år har amfetaminrenheden være stabil eller faldende i alle lande, selv om der i 2002 blev meldt om stigninger i Belgien, Estland og Det Forenede Kongerige.

Ecstasy

På internationalt plan er Europa fortsat den verdensdel, der har den største ecstasyproduktion, men dette er tilsyneladende ved at ændre sig, idet ecstasyproduktionen breder sig til andre dele af verden, især Nordamerika og Øst- og Sydøstasien (UNODC, 2003a; CND, 2004). Inden for Europas grænser er det Nederlandene og Belgien, der har den største ecstasyproduktion. I Europa foretog Nederlandene således 63 % og Belgien 21 % af beslaglæggelserne af ecstasyprækursorer i perioden 1999-2001, mens 75 % af de lukkede ecstasyproducerende laboratorier lå i Nederlandene, 14 % i Belgien, 6 % i Det Forenede Kongerige og 4 % i Tyskland. Også Estland, Spanien, Letland, Litauen, Ungarn, Polen og Norge har meldt om nedlagte ecstasylaboratorier (og/eller ATS-laboratorier) i perioden 1991-2001 (UNODC, 2003a). I 2002 blev der i hele verden opdaget 54 ecstasylaboratorier, herunder 18 i Nederlandene ([55]), 3 i Det Forenede Kongerige, 1 i Frankrig og 1 i Estland (CND, 2004). Den ecstasy, der er beslaglagt i EU, angives at stamme især fra Belgien og Nederlandene, selv om Estland og Det Forenede Kongerige også nævnes som producerende lande i flere rapporter (nationale Reitox-rapporter, 2003).

Ulovlig handel med ecstasy finder fortsat primært sted i Vesteuropa, men i de senere år har den ulovlige handel i lighed med produktionen bredt sig til resten af verden (UNODC, 2003a). I 2002 tegnede Europa sig for 73 % og Nordamerika sig for 20 % af de beslaglagte mængder (CND, 2004). Gennem de seneste fem år har Det Forenede Kongerige være det EU-land, der konsekvent har beslaglagt mest ecstasy ([56]).

Efter et fald i 1997 har antallet af ecstasybeslaglæggelser ([57]) på EU-plan været hastigt stigende. Tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, tyder på, at antallet af ecstasybeslaglæggelser er faldet i 2002. Dette bør dog kontrolleres, når de manglende data for 2002 — især fra Det Forenede Kongerige — foreligger. De beslaglagte ecstasymængder ([58]) voksede hastigt mellem 1997 og 2000 og fladede ud i 2001. I 2002 voksede mængderne igen i de fleste af de lande, der fremlægger data herom.

I 2002 kostede ecstasytabletter i gennemsnit mellem 6 (Tjekkiet) og 20-25 (Italien, Finland) EUR pr. stk. ([59]). Men for ganske nylig (DrugScope, 2004) er der meldt om så lave priser for ecstasytabletter som 1,5 EUR enkelte steder i Det Forenede Kongerige. I de seneste fem år er ecstasytabletterne blevet gradvis billigere i de fleste

([50]) Bør kontrolleres, når Det Forenede Kongeriges data for 2002 foreligger. Oplysninger om antal amfetaminbeslaglæggelser i 2002 mangler for Belgien, Italien, Ungarn, Nederlandene og Polen, mens oplysninger om de beslaglagte mængder i 2002 mangler for Grækenland. For Irland, Cypern, Ungarn, Malta, Polen, Slovakiet og Det Forenede Kongerige mangler der oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder af amfetaminer i 2002.

([51]) Se Markeder, tabel 7 i *Statistical Bulletin 2004*.

([52]) Se Markeder, tabel 8 i *Statistical Bulletin 2004*.

([53]) Bør kontrolleres, når der foreligger oplysninger fra 2002.

([54]) Se Markeder, tabel 14 i *Statistical Bulletin 2004*.

([55]) Blandt de 43 produktionssteder for syntetiske stoffer, der blev opdaget i Nederlandene i 2002, var 18 specifikt relateret til MDMA.

([56]) Bør kontrolleres, når Det Forenede Kongeriges data for 2002 foreligger. Oplysninger om antallet af ecstasybeslaglæggelser i 2002 mangler for Belgien, Ungarn, Nederlandene og Polen; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2002 mangler for Italien, Cypern, Malta, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

([57]) Markeder, tabel 9 i *Statistical Bulletin 2004*.

([58]) Markeder, tabel 10 i *Statistical Bulletin 2004*.

([59]) Markeder, tabel 14 i *Statistical Bulletin 2004*.

EU-lande, og i 2002 fortsatte denne tendens i samtlige lande undtagen Estland, hvor tabletprisen steg svagt.

Sammenlignet med situationen for fem år siden synes amfetaminindholdet i tabletter solgt som ecstasy at være faldet, mens indholdet af ecstasy og ecstasylignende stoffer vokser. For samtlige EU-lande gælder det, at de eneste psykoaktive stoffer, der i 2002 blev fundet i de fleste af de analyserede tabletter solgt som ecstasy, var ecstasy (MDMA) og ecstasylignende stoffer (MDEA, MDA). I Belgien, Danmark, Tyskland, Litauen, Det Forenede Kongerige og Norge gælder dette for over 95 % af det samlede antal analyserede ecstasytabletter. MDMA-indholdet i ecstasytabletterne varierer meget fra parti til parti (også selv om partierne bærer det samme logo) såvel inden for de enkelte lande som landene imellem. De fleste EU-lande angiver, at det gennemsnitlige indhold af aktivt stof (MDMA) pr. tablet i 2002 lå mellem 60 og 80 mg, selv om der var større udsving i Ungarn og Norge.

Lsd

Lsd produceres og smugles i meget mindre omfang end andre syntetiske stoffer som f.eks. ATS. På verdensplan faldt lsd-beslaglæggelserne med 73 % i perioden 2000-2001. I 2001 beslaglagde USA, Spanien og Nederlandene det største antal lsd-enheder (UNODC, 2003a). Indtil 2000 var Det Forenede Kongerige det EU-land, der foretog det største antal lsd-beslaglæggelser, men Det Forenede Kongerige er nu blevet overhalet af Tyskland ([60]). I de seneste fem år har såvel antallet af lsd-beslaglæggelser ([61]) som de beslaglagte mængder ([62]) været støt faldende på EU-plan — bortset fra en periode i 2000, hvor kurven fladede ud. I EU betalte brugeren af en lsd-enhed i 2002 fra 5 EUR i Det Forenede Kongerige til over 20 EUR i Italien ([63]).

International indsats mod ulovlig handel med syntetiske stoffer

Kommissionen udarbejdede i samarbejde med Europol i december 2003 en rapport, som belyser, hvilke fremskridt der er gjort inden for de multilaterale projekter med at kortlægge distributionsnet, samt de erfaringer, der er høstet på EU-plan, i medlemsstaterne og i kandidatlandene. Blandt de vigtigste projekter, rapporten omtaler, er Case-projektet (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe), som kombinerer retsmedicinske data om amfetamin, leveret af Statens kriminaltekniska laboratorium i Sverige (SKL), med indsamlede data fra retshåndhævende myndigheder i EU til identificering af produktionssteder for syntetisk narkotika og kriminelle organisationer, der er involveret i produktion og handel med syntetisk narkotika, samt iværksættelse af efterforskning. Projektet støttes af Europols analysedatabase CASE. Et andet projekt, Europols system til sammenligning af ulovlige laboratorier (Europols illicit Laboratory Comparison System — EILCS), sammenstiller fotografisk og teknisk information fra produktionssteder for syntetisk narkotika i hele Europa, således at det bliver muligt at efterforske forbindelser mellem de forskellige produktionssteder, beslaglagt udstyr og personer, der står bag leveringen af udstyr.

Endvidere frembringer Europols system for Ecstasy-logoer (Europols Ecstasy Logo System) hvert år et logokatalog, som sendes til de relevante retshåndhævende myndigheder over hele verden. Europols Ecstasy Logo-system har haft et nært samarbejde med Det centrale ecstasyanalyseprogram (CAPE), som ledes af det tyske forbundspoliti (Bundeskriminalamt — BKA).

Interpol har iværksat et projekt, hvor der fokuseres på kriminelle organisationer, som fremstiller og markedsfører syntetiske stoffer. SYDRUG-projektet samler og sammenkæder operationelle data, som kan anvendes som grundlag for multinationale operationer ([64]). Tendenserne viser, at ecstasy smugles fra Vesteuropa til Nordamerika, Sydøstasien og Oceanien (Interpol, 2002).

Det fremgår stadig tydeligere, at der er forbindelser mellem de net, der smugler stoffer, og dem, der smugler prækursorer. I januar 2003 blev der iværksat operationer som led i Prisme-projektet, et internationalt initiativ til bekæmpelse af den ulovlige handel med de vigtigste prækursorer, der er nødvendige for at fremstille ATS. De kriminelle organisationer benytter i stigende grad farmaceutiske præparater som kilde til prækursorer (INCB, 2004b).

Det tidlige varslingssystem

Den fælles aktion ([65]) blev sammen med sit tidlige varslingssystem (EWS) iværksat for at identificere nye

([60]) Bør kontrolleres, når Det Forenede Kongeriges data for 2002 foreligger. Oplysninger om antallet af ecstasybeslaglæggelser i 2002 mangler for Belgien, Ungarn, Nederlandene og Polen; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2002 mangler for Italien, Cypern, Malta, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

([61]) Se Markeder, tabel 11 i *Statistical Bulletin 2004*.

([62]) Se Markeder, tabel 12 i *Statistical Bulletin 2004*.

([63]) Se Markeder, tabel 14 i *Statistical Bulletin 2004*.

([64]) SYDRUG, Interpol's globale projekt vedrørende syntetiske stoffer, Lyon, april 2003.

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346

syntetiske stoffer ([66]), vurdere risiciene ved stofferne og vedtage en beslutningsproces, hvorigennem de kan kontrolleres. Nye syntetiske stoffer udgør stadig kun en meget lille del af det samlede marked for syntetiske stoffer, som fortsat domineres af MDMA (ecstasy), amfetaminer og lsd. Selv om den fælles aktion har haft succes med at identificere nye syntetiske stoffer, skal det bemærkes, at de fleste data om nye kemiske forbindelser kommer fra de medlemsstater, der råder over omfattende analyse- og indberetningsfaciliteter i form af såvel retsmedicinske og toksikologiske laboratorier som driftssikre net af dataleverandører. Dette indebærer, at analyseresultaterne muligvis snarere beskriver de nationale EWS-systemers funktion end den faktiske situation på det europæiske narkotikamarked.

Stoffer, der overvåges af EWS

I 2003 blev alle ni stoffer, der siden 1998 havde været genstand for risikovurdering — MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB og ketamin — samt følgende phenetylaminer: 2C-I, 2C-T-2 og 2C-T-7, rutinemæssigt overvåget under EWS. Endvidere blev en række stoffer, om hvilke EONN har modtaget oplysninger, overvåget, herunder en gruppe tryptaminer (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT og 5-MeO-tryptamin) og piperaziner (BZP og TFMPP) ([67]).

I 2003 rapporterede såvel Spanien som Det Forenede Kongerige, at politiet havde beslaglagt små mængder af MBDB. 4-MTA, som i 1999 blev kontrolleret som led i den fælles aktion, synes at være forsvundet fra markedet, idet der i de senere år ikke er meldt om nogen beslaglæggelser. I Sverige blev der foretaget én beslaglæggelse af PMMA, mens myndighederne i Danmark beslaglagde tabletter indeholdende både PMMA og PMA. I Belgien angav ét laboratorium, at der var fundet PMMA-positive urinprøver, hvortil kommer, at en toksikologisk undersøgelse af en påvirket person, der var blevet indberettet af en skadestue, viste, at vedkommende havde indtaget PMA (i kombination med MDA og MDMA). Det synes, som om alle tre stoffer — MBDB, 4-MTA og PMMA — har mistet deres popularitet blandt brugere af syntetiske stoffer.

De fleste beslaglæggelser af stoffer fra tryptamingruppen fandt sted i Sverige og Finland. Dog meldte både Frankrig og Danmark om 5MeO-DiPT-prøver. Mange tryptaminforbindelser kontrolleres ikke på internationalt og nationalt plan, og de kan derfor produceres af kommercielle laboratorier og sælges via internettet som »forskningskemikalier« (især af amerikanske virksomheder).

Nye syntetiske stoffer, der kontrolleres som led i den fælles aktion

I perioden 1998-2002 blev der som led i den fælles aktion foretaget en risikovurdering af fem nye syntetiske stoffer (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamin og PMMA).

I 2003 gennemførte EONN's videnskabelige udvalg suppleret med eksperter udpeget af medlemsstaterne samt repræsentanter for Europa-Kommissionen, Europol og Det Europæiske Agentur for Lægemiddelvurdering (EMEA) risikovurderinger af fire nye syntetiske stoffer: 2C-I (2,5-dimethoxy-4-iodophenethylamin), 2C-T-2 (2,5-dimethoxy-4-etylthiophenethylamin), 2C-T-7 (2,5-dimethoxy-4-(*n*)-propylthiophenethylamin) og TMA-2 (2,4,5-trimethoxyamphetamin) ([1]). Som følge heraf vedtog Rådet den 27. november 2003 en afgørelse ([2]) om at underlægge de fire stoffer kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger i de 15 EU-lande.

Det er meget svært at foretage risikovurderinger af de nye syntetiske stoffer, da der kun findes begrænsede fagligt evaluerede videnskabelige data. Men information baseret på undersøgelser af toksisk virkning på dyr (f.eks. TM-2), analogi med delvis beslægtede forbindelser og dokumentation fra andre informationskilder som individuelle brugerrapporter, medier og uofficielle publikationer giver et grundlag for vurderingen.

([1]) Risikovurderingsrapporterne er tilgængelige på EONN's websted (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Rådets afgørelse 2003/847/RIA af 27. november 2003 om kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger med hensyn til de nye former for syntetisk narkotika 2C-I,2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2.

Endvidere kan man på internettet let finde opskrifter på næsten alle nye og »gamle« syntetiske stoffer.

BZP, som ofte findes i forbindelse med TFMPP, findes stadig oftere i Sverige og er tillige blevet identificeret i Belgien, Spanien, Nederlandene og Finland.

Af de phenetylaminer, som var genstand for risikovurdering i 2003, synes 2C-I, som oftest sælges som tabletter med »i«-logoet, at være ved at blive mere populær, idet Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige har meldt om mindre beslaglæggelser, mens stoffet er blevet opdaget i Frankrig, Spanien og Nederlandene. Endvidere er der i Finland og Nederlandene beslaglagt forholdsvis store mængder 2C-H (en forbindelse, der er inaktiv, når den bruges af

([66]) I den fælles aktion fra 1997 vedrørende udveksling af oplysninger, risikovurdering og kontrol med nye former for syntetisk narkotika (EFT L 167 af 25.6.1997) defineres nye syntetiske narkotika som syntetiske narkotika, der ikke på nuværende tidspunkt er opført på nogen af listerne i FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer, og som udgør en lige så stor trussel for folkesundheden som stofferne på liste I og II, og som har en begrænset terapeutisk virkning. Aktionen vedrører det færdige produkt, til forskel fra prækursorer.

([67]) De fleste af de anførte nye stoffer er meget nye på markedet og har endnu ikke fået noget kaldenavn.

mennesker, men som er en prækursor for 2C-I, 2C-C og 2C-B), og der er bevis for, at stoffet i Nederlandene var bestemt som 2C-I-prækursor.

Syntetiske stoffer med potentiale til yderligere udbredelse

EWS-overvågningen og den risikovurdering, som EONN's videnskabelige udvalg har foretaget som led i den fælles aktion, har gjort det muligt at fastslå, at GHB og ketamin er to syntetiske stoffer ([68]), der har potentiale til en væsentlig større udbredelse i fritidsmiljøer.

GHB

FN's beslutning om at sætte GHB under kontrol i marts 2001 er blevet implementeret af de fleste EU-medlemsstater. I 2003 beslaglagde politi eller toldvæsen GHB (normalt i flydende form) i Belgien, Danmark, Estland, Spanien, Frankrig, Finland, Sverige og Norge. De indberettede tendenser for GHB var blandede. Sverige meldte om et fald i GHB-beslaglæggelserne i 2003, mens Norge meldte om en kraftig stigning, hvorimod Det Forenede Kongerige ikke havde registreret nogen ændringer. I Nederlandene var der heller ikke konstateret nogen ændring i antallet af GHB-prøver, der blev indleveret til Drug Information Monitoring System (DIMS), selv om Nederlandenes nationale giftcenter angav, at der havde været en mindre stigning i antallet af anmodninger om oplysninger om GHB. Estland meldte om en væsentlig stigning i tilgængeligheden af GHB. Nederlandene og Belgien har modtaget et lille antal GHB-prøver i pulverform.

Norge og Sverige meldte om væsentlige stigninger i antallet af beslaglæggelser af GHB-prækursorer (gammabutyrolactone) og BD-prækursorer (1,4-butandiol) ([69]) — som anvendes til mange formål i forskellige industriprocesser, og derfor er let tilgængelige (begge stoffer omdannes hurtigt til GHB efter indtagelsen). Norge og Sverige har angivet, at GHB-prækursorer var lettere tilgængelige på det illegale marked i 2003 end i de foregående år.

Spørgsmål om brugen af GHB indgår stadig oftere i narkotikaundersøgelser gennemført i nattelivet og danseklubmiljøer. I Tyskland meldte »Bundeskriminalamt« om et voksende forbrug af GHB ([70]), mens der i Amsterdam ifølge panelundersøgelsen gennemført i 2002 af Antenna Amsterdam ([71]), »stadig anvendes GHB i næsten alle klubnetværk; trendsætterne synes dog at være mindre interesseret i dette stof, end de var det foregående år, og spredningen af GHB synes at være standset«. I Østrig viste en pilletestundersøgelse, at langtidsprævalensen for GHB-brug blandt en stikprøve på 225 unge, der deltog i raves i Wien, var på 12,6 % (Benschop mfl., 2002).

I 2003 blev der fundet GHB i menneskelige prøver i Belgien, Sverige og Norge og i prøver taget fra påvirkede personer og skadestuepatienter i Spanien (Barcelona) og Nederlandene. Antallet af GHB-relaterede anmodninger om akut behandling i Amsterdam ændrede sig ikke fra 2001 til 2002, idet der begge år var godt 60 tilfælde.

Ketamin

I 2003 indberettede Belgien, Grækenland, Spanien, Frankrig, Finland, Sverige, Det Forenede Kongerige og Norge beslaglæggelser og/eller opdagelse af ketamin i menneskelige prøver. I Østrig blev der ifølge Benschop mfl. (2002) fundet en langtidsprævalens for ketaminbrug på 11,7 % blandt den stikprøve af 225 unge ravepartydeltagere i Wien, der var blevet udtaget. Det vanskeliggør forebyggelsen af yderligere spredning af ketamin, at stoffet er godkendt som et veterinærlægemiddel og derfor synes at være let at skaffe ved at omdirigere det legalt producerede ketamin.

Sundhedsrisici som følge af nye brugsmønstre

I 2003 gav EWS EU-medlemsstaterne mulighed for at udveksle værdifulde oplysninger om en række kontrollerede stoffer, der kan medføre alvorlige sundhedsrisici, hvis de bruges på en ny måde. F.eks. modtog EU-landene tidlige varslinger om MDMA-højdosistabletter baseret på oplysninger fra Belgien, Frankrig og Europol og om tabletter, der blev solgt som ecstasy, men indeholdt andre farlige stoffer som f.eks. DOB (2,5-dimetoxy-4-bromoamfetamin), baseret på oplysninger fra Irland.

([68]) Strengt taget er ingen af stofferne et nyt syntetisk stof som defineret i den fælles aktion fra 1997, men begge stoffer overvåges som følge af risikovurderingen.

([69]) Reitox-situationsrapporter om det tidlige varslingssystem for 2003.

([70]) Reitox-situationsrapporter om det tidlige varslingssystem for 2003.

([71]) Antenna Amsterdam er et multimetode-overvågningssystem, der skal identificere og fortolke nye tendenser og udviklinger inden for brug af legale og illegale stoffer og inden for hasardspil blandt unge i Amsterdam samt opdatere og forbedre narkotikaforebyggelsen.

Kapitel 5
Kokain og crackkokain

Indledning

Kokainbrugere opfattes almindeligvis enten som velstillede, moderigtige og socialt integrerede eller som marginaliserede og socialt udstødte, idet rygning af kokain især forbindes med problematiske brugsmønstre. Det er vigtigt at bemærke, at stofbrugen er koncentreret om bestemte undergrupper eller geografiske områder, hvilket betyder, at nationale data har svært ved at indfange tendenser, som er vigtige i de samfund og befolkninger, de optræder i. Der er imidlertid voksende bekymring for, at kokainbrug vil blive mere udbredt i Europa, og at der vil ske en social diversificering af stofbrugerne.

Udbredelse af kokainbrug

Generelle befolkningsundersøgelser

Ifølge nyere nationale befolkningundersøgelser indrømmer mellem 0,5 % og 6 % af den voksne befolkning at have prøvet kokain mindst én gang (dvs. langtidsprævalens), idet Spanien og Det Forenede Kongerige ligger højest på listen. Under 1 % af de voksne melder om nylig kokainbrug (de seneste 12 måneder), selv om prævalensen i Spanien og Det Forenede Kongerige ligger på over 2 %. Disse tal ligger klart lavere end de sammenlignelige tal for cannabisbrug, selv om prævalensen blandt yngre voksne kan være betydelig højere end gennemsnittet for befolkningen som helhed.

Blandt unge voksne (15-34 år) ligger langtidsprævalensen på mellem 1 % og 10 %. Generelt udgør den nylige prævalens ca. halvdelen af langtidsprævalensen, og Spanien og Det Forenede Kongerige har således indberettet tal på over 4 %.

I befolkningen i almindelighed afbrydes kokainbrug efter en forsøgsperiode i starten af voksenlivet, eller kokainbrugen er lejlighedsvis og især begrænset til weekender og fritidsmiljøer (barer og diskoteker).

Gennem undersøgelser er der identificeret udvalgte grupper, hvis kokainforbrug er højere end forbruget i befolkningen i almindelighed. F.eks. viser nyere undersøgelser fra fem lande (Danmark, Tyskland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige), at langtidserfaringen blandt unge 15-24-årige mænd ligger på mellem 5 % og 13 %, mens tallene for den nylige brug i Spanien og Det Forenede Kongerige kan ligge så højt som 5 %-7 %. Det er ikke usandsynligt, at brugen er væsentlig mere udbredt i byområder. Endvidere har fokuserede (ikke-repræsentative) undersøgelser foretaget blandt partydeltagere vist en langtidsprævalens for kokainbrug på 40 %-60 % (EONN, 2001).

Uden for Europa viser den amerikanske husstandsundersøgelse om stofmisbrug fra 2002, at 14,4 % af den voksne befolkning (defineret som personer på 12 år og derover) har angivet langtidserfaring med kokainbrug, hvilket er højere end i noget europæisk land. Nylig brug (de seneste 12 måneder) af kokain er angivet af 2,5 %, hvilket også er højere end i noget europæisk land bortset fra Spanien (2,6 %) ([72]). Blandt 18-25-årige mænd var langtidsprævalensen for kokainbrug i USA i 2002 på 18,1 %, mens prævalensen for nylig brug var på 8,4 %.

Tendenser i kokainbrugen

Kokaintendenser er vanskelige at spore på nationalt plan, idet der kun findes få konsekvente nationale undersøgelsesserier, og fordi stikprøvestørrelserne i nogle tilfælde er små. Konsekvente serier ville gøre det lettere at identificere tendenserne, især ved at fokusere analyserne og prøveudtagningen på udvalgte grupper som f.eks. unge mænd i byområder.

Befolkningen i almindelighed

Nylig brug af kokain blandt unge synes indtil 2002 at være steget konstant i Det Forenede Kongerige ([73]) og muligvis

([72]) Resultater fra den amerikanske undersøgelse af narkotikabrug og sundhedsstatistikker fra 2002 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies). Kan rekvireres på SAMHSA's websted (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, EONN anvender i EU-undersøgelser (15-64 år). Hvis USA i lighed med EU indberettede data for aldersgruppen 15-64 år, ville tallene sandsynligvis være højere.

([73]) Resultaterne af undersøgelsen fra 2001-2002 tyder dog på, at denne stigende tendens blandt alle voksne og unge voksne synes at være ved at flade ud (se figur 7). Ifølge indenrigsministeriet var der en væsentlig stigning i kokainbrugen mellem 1996 og 1998 og mellem 1998 og 2000, nemlig ca. 5 %. Men mellem 2000 og 2001-2002 skete der ikke nogen væsentlig stigning. 2001-2002-dataene skal sammenholdes med dataene for 2002-2003.

også, men i mindre grad, i Danmark, Tyskland, Nederlandene og Spanien (figur 9). Andre lande har i deres seneste nationale Reitox-rapporter (2001-2003) meldt om stigninger baseret på lokale eller kvalitative oplysninger (Grækenland, Irland, Italien og Østrig).

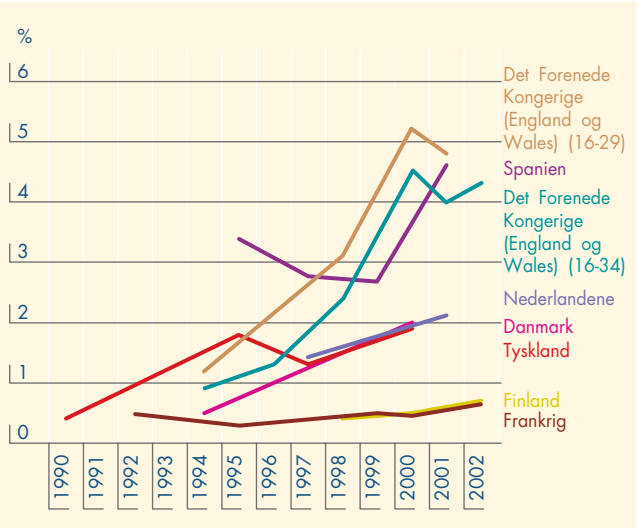
Skoleelever

Spanien er den eneste medlemsstat, der indberetter nye data, som viser en nylig stigning i langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever, nemlig fra 4,1 % i 2000 til 5,9 % i 2002 ([74]). Selv om der ikke blev rapporteret om nogen stigning blandt 15-16 årige skoleelever i Italien, blev der rapporteret om en stigning blandt ældre skoleelever i Italien.

Andre indikatorer

Stigninger i kokainbrugsindikatorerne i en række lande (behandlingsefterspørgsel ([75]), anvendelse af lavtærskeltjenester, antal skadestueepisoder, politibeslaglæggelser, toksikologiske resultater af obduktioner) giver anledning til bekymring.

Figur 9: Udvikling af kokainbrug blandt unge voksne i en række EU-lande som målt ved befolkningsundersøgelser



Noter: Data fra tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land. Tal og metodebeskrivelse for hver undersøgelse kan ses i Befolkningsundersøgelse, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
For unge voksne anvender EONN aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Det Forenede Kongerige fra 16 år, Tyskland fra 18 år, Frankrig (1992: 25-34 år; og 1995: 18-39 år)).
Stikprøvestørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15-34 år for hvert land og år vises i Befolkningsundersøgelse, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
I Danmark vedrører tallet for 1994 »hårde stoffer«.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i undersøgelsesrapporter eller videnskabelige artikler. Se individuelle kilder i epidemiologiske tabeller om befolkningsundersøgelser i *Statistical Bulletin 2004*.

I hele EU synes kokainrelaterede behandlinger at stige i antal, og i visse lande er der tale om en særlig markant stigning. Kokain er det stof, der nævnes næsthyppigst i behandlingsrapporterne i Nederlandene og Spanien (henholdsvis 35 % og 26 % af alle anmodninger). I Europa synes de fleste behandlingsanmodninger at have forbindelse med brugen af kokainpulver (normalt kokainklorid).

På verdensplan er det især rygekokain, der forbindes med problematiske brugsmønstre. Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige har rapporteret om brug af crackkokain som et nyt eller voksende problem i bestemte byer og regioner.

Brugsmønstre

Generelt er kokainforbruget blandt unge fritidsbrugere ikke så omfattende, og der er meget sjældent tale om vedvarende brug. Af rapporter fra en række lande (Tyskland, Spanien, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige) fremgår det, at selv blandt problembrugere, som benytter sig af narkotikabehandlings- og lavtærskeltjenester, varierer mønstrene i kokain- og crackbrug meget fra klient til klient og over tid. Der foreligger dog kun få oplysninger om hyppigheden af kokain- og crackbrug og om forbrugte mængder. Brugerrumsundersøgelser viser, at brugen af rygekokain er særlig udbredt blandt de kvindelige sexarbejdere, som benytter sig af disse tjenester (Stöver, 2001; Zurhold mfl., 2001).

Indtagelsesformer

Flere og bedre oplysninger om former for kokainindtagelse er nødvendige for bedre at forstå sundhedsrisiciene og brugsindikatorerne. Kokainklorid (kokainpulver) indtages normalt intranasalt og mindre hyppigt ved injektion, mens crack ryges i opvarmede piber, og fribasekokain indtages ved indånding af de dampe, der opstår, når stoffet opvarmes, typisk på noget folie over en flamme. Der er også rapporteret om kokain, der ryges i en cigaret eller en »joint«.

Narkotikaarbejdere i Det Forenede Kongerige angiver imidlertid, at crack i forbindelse med heroinbrug undertiden injiceres. Crack er i lighed med brun heroin uopløselig og skal blandes med en syre, før den omdannes til et aktivt, opløseligt salt ([76]).

Hyppigheden af rygning som normal indtagelsesmåde i forbindelse med kokain i form af enten crack eller fribasekokain (forskellige præparater, der kan anses for

([74]) Se Udbredelse, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.
([75]) Se figur 20 og Behandling, tabel 10 i *Statistical Bulletin 2004*.
([76]) *UK Forensic Science Service Drug intelligence Unit (2003), Drug Abuse Trends: Crack Issue 24, s. 13.*

at være farmakologisk ækvivalente) faldt i 2002 i forhold til 2000.

Kokainrelaterede dødsfald

Dødsfald som følge af kokain-, amfetamin- eller ecstasyforgiftning, hvor der ikke er bevis for opiatbrug, synes at være sjældne i Europa.

Det er dog sandsynligt, at de nuværende statistikker ikke giver fyldestgørende oplysninger om kokainrelaterede dødsfald, og oplysningerne indberettes i forskellige former. I nogle lande findes kokain i kombination med opiater i en stor procentdel af de narkotikarelaterede dødsfald (Portugal 22 %, Spanien 46 %). Dette tal er muligvis lige så højt i andre lande, men normalt omtaler indberetningerne alene opiater som dødsårsag, hvis der findes spor af opiater. I Det Forenede Kongerige ottedobledes antallet af »omtaler« af kokain i dødsattesterne i perioden 1993-2001. Og i Nederlandene steg antallet af dødsfald, som blev tilskrevet kokain, fra 2 i 1994 til 26 i 2001. Andelen af narkotikadødsfald, der alene kan tilskrives kokain, dvs. uden at der er opiater involveret, varierer fra 1 % til 10 %, selv om de absolutte tal er små.

Kokain er muligvis en betydelig medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjertekarproblemer (arrhythmia, hjerteinfarkt, hjerneblødninger), især i tilfælde af foruddisponerede brugere (f.eks. personer, der lider af cerebral aneurisme eller subklinisk hjertedefekt). Mange af disse tilfælde opdages måske slet ikke, fordi man ikke er opmærksom på det, og/eller som følge af forskelle i ofrenes sociale forhold og opiatbrugeres sociale forhold.

En indikation af de potentielle risici i forbindelse med kokainbrug kommer fra Spanien ([77]), hvor kokain i perioden 1999-2001 blev omtalt i forbindelse med 44 %-49 % af de akutte hospitalsindlæggelser som følge af akutte narkotikareaktioner; i en stor del af disse tilfælde var kokain blevet røget eller injiceret. I Barcelona indsamles der hele året igennem over længere perioder data om akutte indlæggelser fra alle større hospitaler i byen, og dette giver et samlet overblik over hospitalsindlæggelser efter indtagelse af stoffer (figur 10).

Udover de sundhedsproblemer, der er direkte forbundet med kokain, er der stigende bekymring for de sundhedsrisici, en del af de stoffer, som bruges til at blande kokain op med, kan medføre. For eksempel rapporteres fenatecin ofte som et lægemiddel, der forekommer i beslaglagte prøver af kokain i pulverform, og er blevet sat i forbindelse med lever- nyre-, og blodsygdomme, herunder cancer.

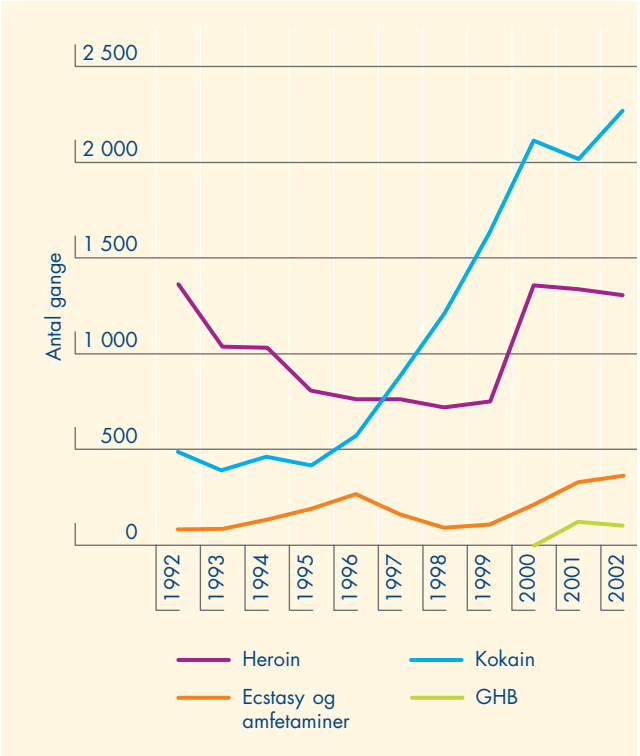
Initiativer

Behandling af problematisk kokainbrug

Problematisk kokainbrug behandles typisk i ikke-narkotikaspecifikke omgivelser, hvor der er andre klienter, der behandles for brug af andre illegale (eller legale) stoffer. Behandlingsmulighederne begrænser sig stort set til ikke-farmakologiske foranstaltninger, der har til formål at ændre misbrugsadfærd, uanset hvilket stof eller hvilke stoffer der indtages. Der kan være tale om lavintensive foranstaltninger som f.eks. rådgivning og hospitalsindlæggelser, og højintensive foranstaltninger som f.eks. behandling på døgnbehandlingscentre. Der tilbydes undertiden også alternative behandlinger som f.eks. akupunktur (Seivewright mfl., 2000).

Hvad angår lægestøttet behandling findes der ikke nogen gennemprøvet farmakologisk behandling af problematisk

Figur 10: Antal gange, stoffer nævnes ved akutte indlæggelser, efter stoftype, Barcelona, 1992-2002



Noter: Flere stoffer kan være nævnt i forbindelse med én indlæggelsesepisode.
Kilde: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([77]) I Spanien er de akutte indlæggelser efter indtagelse af psykoaktive stoffer i flere år blevet overvåget, ved at man en uge om året har registreret denne form for indlæggelse i en stikprøve af hospitaler dækkende hele landet. Nævnte stoffer bliver registreret. For nærmere oplysninger om den anvendte metode henvises til den nationale Reitox-rapport for 2003 (s. 34-36).

kokainbrug. Kokainbrugere har kun et lille udvalg af farmakologiske behandlinger til rådighed, og disse behandlinger har ingen eller næsten ingen påviselige virkninger. Ved to systematiske litteraturgennemgange er det konstateret, at der ikke foreligger beviser, der støtter klinisk brug af enten det krampemodvirkende carbamazepin eller antidepressiver til behandling af kokainafhængighed (Lima mfl., 2004a,b).

Det begrænsede antal behandlingsmuligheder, der specifikt er rettet mod problematiske kokainbrugere, vil blive udvidet med en række initiativer målrettet mod denne klientgruppe. I Nederlandene er der for nylig blevet etableret et websted for kokainmisbrugere, og i Det Forenede Kongerige blev tjenesteudbuddet i foråret 2003 udvidet med nye institutioner, nye vejledningsmuligheder og bedre uddannelse. I Østrig arbejder behandlingstjenesterne på at tilpasse deres tjenester til de problematiske kokainbrugeres behov.

Andre problemer i forbindelse med behandling af kokainbrugere

Iagttagelser i overvågede brugerrum viser, at kokainbrugere er kendetegnet ved ekstrem rastløshed og hyppig paranoia, og at personalet finder det vanskeligt at vide, hvorledes det skal reagere (EONN, 2004a). En stigning i handelen med crackkokain er blevet kædet sammen med et højere aggressionsniveau mellem klienter og handlere (Stöver, 2001).

Det står ikke helt klart, om problemerne er en direkte konsekvens af brugen af rygbare kokainformer i sig selv eller hænger sammen med, hvor hyppigt og hvor meget der ryges, eller med forudeksisterende sociale, psykologiske og narkotikarelaterede problemer. De initiativer, der er taget, omfatter særligt udviklet informationsmateriale om risici og sikker brug, overvågede brugerrum, chill out-rum og væresteder, hvor brugere kan trække sig tilbage og falde til ro, men også ambulant behandling (Stöver, 2001).

Der er udtrykt bekymring over den potentielle risiko ved at udsætte unge stofbrugere, der kommer i behandlingsmiljøer, hvor man primært beskæftiger sig med cannabisrelaterede problemer, for kokainbrugeres adfærd og problemer (Neale og Robertson, 2004).

Beslaglæggelser og markedsinformation ([78])

Produktion og ulovlig handel

Colombia er langt den største kilde til illegal coca i hele verden efterfulgt af Peru og Bolivia (UNODC, 2003a). Den globale produktion af kokain i 2002 er blevet anslået til 800 tons, hvoraf Colombia tegnede sig for 72 %, Peru for 20 % og Bolivia for 8 %. Det meste af den kokain, der beslaglægges i Europa, kommer direkte fra Sydamerika (især Colombia) eller via Mellemamerika og Caribien. Men i 2002 passerede en del af den kokain, der blev smuglet til Europa, gennem Brasilien (og derfra til Portugal) eller USA (og derfra til Italien). De vigtigste indgange i EU er Spanien, Portugal og Nederlandene og i mindre grad Frankrig og Det Forenede Kongerige (nationale Reitox-rapporter, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Beslaglæggelser

Ifølge FN's narkotikakommission (CND, 2004) er kokain det tredjemest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisharpiks. Målt i beslaglagte mængder fandt størstedelen af den ulovlige handel med kokain i 2002 stadig sted i Nord-, Mellem- og Sydamerika samt Europa. Europa tegnede sig for 13,5 % af den beslaglagte mængde kokain på verdensplan (CND, 2004). I Europa foretages de fleste kokainbeslaglæggelser i de vestlige lande. Mellem 1997 og 2002 var Spanien konsekvent det EU-land, der havde det største antal kokainbeslaglæggelser og de største beslaglagte mængder. I 2001 og 2002 ([79]) tegnede Spanien sig for over halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser og de samlede beslaglagte mængder i EU.

I perioden 1997-2002 steg antallet af kokainbeslaglæggelser ([80]) i samtlige lande undtagen Tyskland og Italien. Ud fra tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, synes stigningen i kokainbeslaglæggelserne på EU-plan at blive bekræftet i 2002.

I den samme femårige periode svingede mængden af beslaglagt kokain ([81]), men med en stigende tendens. Efter rekordstore mængder beslaglagt kokain i 2001 faldt mængderne væsentligt i EU i 2002 ([82]) — især som følge af en reduktion af de beslaglagte mængder i Spanien (og Portugal) i forhold til 2001, selv om visse lande (Tyskland, Frankrig, Italien, Norge) meldte om store stigninger i

([78]) Se kapitel 3, fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation, s. 31.

([79]) Bør dog kontrolleres, når de manglende data for 2002 foreligger. Der mangler oplysninger for 2002 om antallet af kokainbeslaglæggelser for Belgien, Italien, Nederlandene og Slovenien; oplysninger om såvel antallet af kokainbeslaglæggelser som mængden af beslaglagt kokain i 2002 mangler for Irland, Cypern, Ungarn, Malta, Polen, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

([80]) Se Markeder, tabel 5 i *Statistical Bulletin 2004*.

([81]) Se Markeder, tabel 6 i *Statistical Bulletin 2004*.

([82]) Bør kontrolleres, når de manglende data for 2002 foreligger.

mængderne af beslaglagt kokain. De faldende mængder beslaglagt kokain i 2002 i Spanien, Nederlandene og Portugal og de stigende mængder beslaglagt kokain i Frankrig, Tyskland og Italien kunne tyde på en omlægning af de traditionelle smuglerruter, der benyttes til smugling af kokain til Europa (CND, 2004). I den forbindelse skal det nævnes, at Nederlandene siden 2002 har skærpet indsatsen for at reducere den stadig øgede strøm af kokainkurerer, som rejser fra Caribien til Schipol-lufthavn, hvilket har medført, at antallet af arresterede kokainkurerer er faldet drastisk.

Selv om en række EU-lande har meldt om beslaglæggelser af crackkokain, kan det være vanskeligt at sondre mellem disse beslaglæggelser og kokainbeslaglæggelser. Dette betyder, at ovennævnte tal for kokainbeslaglæggelser kan inkludere crack.

International indsats mod ulovlig handel med kokain

Den ulovlige handel med kokain kontrolleres fortsat især af colombianske lovovertrædere. Grupper fra Albanien og Afrika er dog ligeledes involveret i kokaindistributionen. Interpol's Operation Trampoline viste, at der blev smuglet kokain fra Venezuela og Colombia til Curação. Denne operation førte til identificering af en række større smuglerorganisationer, der smugler kokain fra Caribien til stort set alle egne af verden (Interpol, 2002). I 2003 blev der gennemført en række meget omfattende søoperationer til bekæmpelse af kokainsmugling langs Europas Atlanterhavskyst. Der blev beslaglagt op til 29 tons. De fleste af disse operationer blev udført af de spanske myndigheder.

Operation Purple, et internationalt program, der blev iværksat i 1999 for at spore kaliumpermanganat (der anvendes til illegal fremstilling af kokain), fortsatte med succes. I 2003 lykkedes det at forhindre, at knap 900 tons af dette kemikalie blev anvendt til illegal kokainproduktion.

I 2002 iværksatte WCO og Interpol et fælles initiativ, Operation Andes, der skulle gøre det muligt for lokale told- og politimyndigheder at udveksle og analysere oplysninger, der ville hjælpe med at identificere illegale partier prækursorer i Chile, Bolivia, Colombia, Argentina og Peru (WCO, 2003).

Pris og renhed

Gennemsnitsprisen ([83]) for kokain på detailplan varierede meget i EU i 2002, nemlig fra 38 EUR pr. gram i Portugal til 175 EUR pr. gram i Norge. Mellem 1997 og 2002 var den gennemsnitlige detailpris for kokain stabil eller faldende i samtlige EU-lande. Det samme gjorde sig gældende i 2002, undtagen i Tjekkiet og Litauen, hvor priserne steg i forhold til 2001.

Sammenlignet med heroin er gennemsnitsrenheden for kokain på brugerniveau høj, idet renheden i 2002 varierede fra 28 % i Estland til 68 % i Tjekkiet og Norge. Mellem 1997 og 2002 faldt den gennemsnitlige kokainrenhed i de fleste af de EU-lande, som indberetter tidstendenser. I 2002 fortsatte faldet i kokainrenheden i de fleste lande undtagen de lande, der melder om den højeste gennemsnitlige renhedsgrad som f.eks. Belgien, Tjekkiet, Luxembourg og Norge, hvor der blev registreret en stigning i den gennemsnitlige renhedsgrad for kokain.

([83]) Se Markeder, tabel 14 i *Statistical Bulletin 2004*.

Kapitel 6
Heroin og intravenøs brug

Problematisk stofbrug

Regelmæssig og vedvarende heroinbrug, intravenøs brug og i visse lande intensiv brug af stimulanser tegner sig for en væsentlig del af Europas narkotikarelaterede sundhedsproblemer og sociale problemer. Antallet af personer, der udviser denne form for adfærd, er forholdsvis lavt i forhold til den samlede befolkning, men problematisk stofbrug har store konsekvenser. For at hjælpe med at forstå problemets omfang og gøre det muligt at registrere tidstendenser er EONN sammen med medlemsstaterne i færd med at omdefinere begrebet »problematisk stofbrug« og udarbejde strategier til at måle omfanget og konsekvenserne heraf.

Arbejdsdefinitionen på problematisk stofbrug er »intravenøs brug eller langvarig/regelmæssig brug af opiater, kokain og/eller amfetaminer« ([84]). Definitionsforskelle og metodemæssig usikkerhed gør det vanskeligt at udarbejde pålidelige skøn på dette område, og forskellene mellem landene eller over tid bør derfor fortolkes forsigtigt.

Udbredelse

Skønnene over forekomsten af problematisk stofbrug ligger på mellem 2 og 10 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (ved brug af midtpunkterne i skønnene) svarende til indtil 1 % af den voksne befolkning ([85]). Der er en uforholdsmæssig stor forekomst af problematisk stofbrug i visse geografiske områder som f.eks. fattige bykerner og i visse befolkningsgrupper, især unge mænd, hvilket bevirker, at visse lokalsamfund rammes særlig hårdt. Skønnene er højere for Danmark, Italien, Luxembourg, Portugal og Det Forenede Kongerige (6-10 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, mens skønnene er lavere for Tyskland, Grækenland, Nederlandene, Polen og Finland (<4 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, se figur 11). Blandt de nye EU-lande foreligger der alene velunderbyggede skøn fra Tjekkiet, Polen og Slovenien, hvor tallene ligger i lav- og middelzonen, nemlig henholdsvis 4,9, 1,9, og 5,3 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år.

Selv om estimeringsmetoderne er blevet væsentlig forbedret, vanskeliggør mangelen på pålidelige og konsistente historiske data vurderingen af tendenserne i problematisk stofbrug. Indberetninger fra en række lande om ændringer i skønnene samt andre indikatordata tyder på, at der siden midten af 1990'erne har været en stigning i den problematiske stofbrug. Der foreligger skøn fra 19 lande, hvoraf 9 melder om et stigende problem siden midten eller slutningen af 1990'erne: Belgien, Danmark, Tyskland, Italien, Luxembourg, Finland og Sverige (mellem 1992 og 1998), Det Forenede Kongerige og Norge. Stigningerne i Belgien, Finland og Norge er baseret på skøn over intravenøs brug. Selv om der ikke foreligger nogen tidsserier af nationale skøn fra de nye medlemsstater, tyder meget på, at tendenserne varierer. I Tjekkiet tyder en række indikatorer på, at problematisk stofbrug har stabiliseret sig siden slutningen af 1990'erne, mens der i Estland er registreret kraftige stigninger i nogle indikatorer for problematisk stofbrug. I betragtning af den potentielle sårbarhed over for narkotikaproblemer i lande, der befinder sig i en social og økonomisk overgangsperiode, er der et presserende behov for at udvikle overvågningskapacitet i de nye medlemsstater.

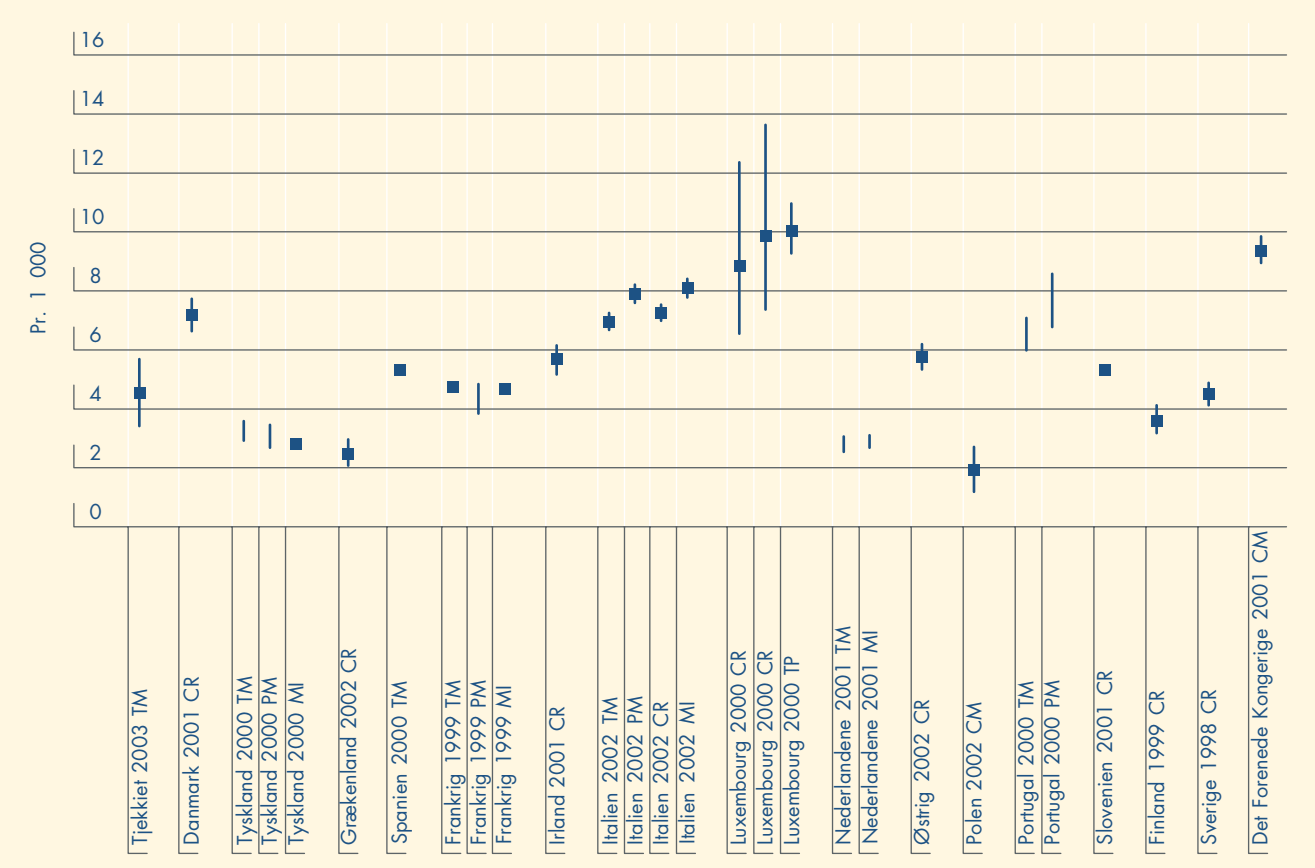
Brugsmønstre og målestok

Problematisk stofbrug kan opdeles i store delkategorier. Der kan sondres generelt mellem heroinbrug, som traditionelt har tegnet sig for størstedelen af den problematiske stofbrug i de fleste EU-lande, og problematisk brug af stimulanser, som dominerer i Finland og Sverige, hvor størstedelen af de problematiske stofbrugere er primære amfetaminbrugere. I Tjekkiet har metamfetaminbrugerne traditionelt udgjort en væsentlig andel af de problematiske stofbrugere.

Der synes at være en stigende tendens til en diversificering af den problematiske stofbrug, og EONN overvejer for tiden, om den europæiske arbejdsdefinition bør tilpasses på baggrund af ændringerne i narkotikafænomenet. F.eks. er problemer med blandingsbrug efterhånden blevet mere fremherskende i de fleste lande, mens en del lande, hvor

([84]) Se nærmere oplysninger i metodebeskrivelsen vedrørende problematisk stofbrug i *Statistical Bulletin 2004*.
([85]) Se Udbredelse, tabel 3 og Udbredelse, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.

Figur 11: Estimater over udbredelsen af problematisk stofbrug (pr. 1 000 i aldersgruppen 15-64)



Noter: CR = Capture-recapture; TM = Treatment Multiplier; PM = Police Multiplier; MI = Multivariate Indicator; TP = Truncated Poisson; CM = Combined Methods. Målgrupperne kan variere noget afhængig af metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. For flere oplysninger se Udbredelse, tabel 3 og tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*. Det svenske estimat er blevet tilpasset EONN's definition. Det spanske estimat inkluderer ikke problematisk kokainbrug — et højere estimat vises i Udbredelse, tabel 3 og tabel 4, som inkluderer denne gruppe, men som måske ikke er så pålidelig.

Kilder: Nationale knudepunkter. Se tillige EONN's projekt *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000*, CT.00.RTX.23, Lissabon, EONN, 2003. Koordineret af Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

opiatproblemerne traditionelt har domineret, nu melder om et skift til andre stoffer. I Spanien falder skønnene over problematiske opiatbrugere, og der er registreret en stigning i kokainrelaterede stofproblemer. Der foreligger dog ingen pålidelige oplysninger om tidstendenser for problematisk stofbrug, som omfatter problematisk kokainbrug. Tyskland og Nederlandene melder om forholdsvis flere crackkokainbrugere blandt problematiske stofbrugere, selv om det samlede skøn over problematiske stofbrugere i Nederlandene forbliver uændret.

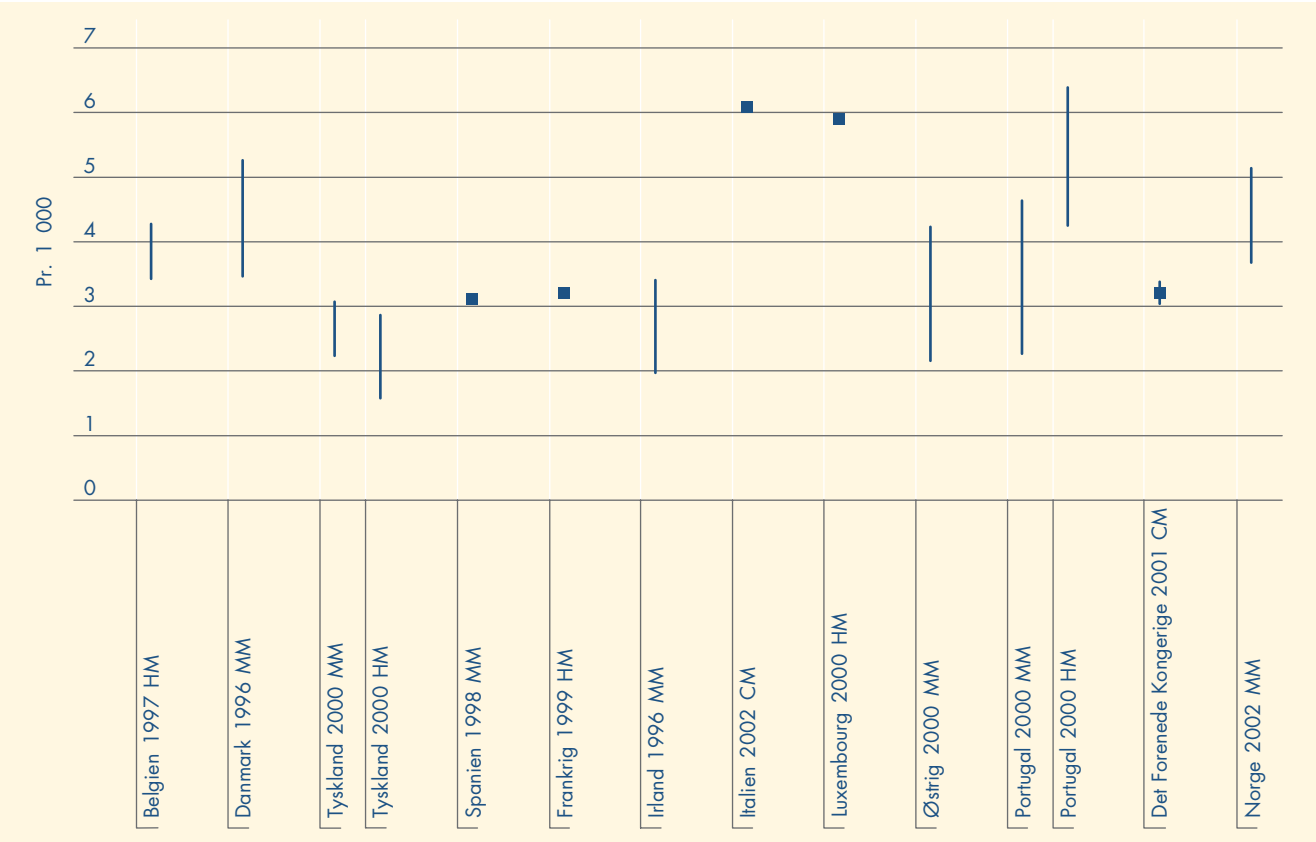
Det vægtede gennemsnit af forekomsten af problematisk stofbrug i EU ligger sandsynligvis mellem fire og syv tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, hvilket giver 1,2-2,1 millioner problematiske stofbrugere i EU efter udvidelsen, hvoraf ca. 850 000-1,3 millioner er aktive intravenøse brugere. Disse skøn er dog langt fra solide og vil skulle justeres, efterhånden som der foreligger flere data fra de nye medlemsstater.

Intravenøs stofbrug

Intravenøse stofbrugere er en højrisikogruppe, og det er derfor vigtigt at betragte intravenøs stofbrug som en vigtig delkategori under samlet problematisk stofbrug.

Skønnene over intravenøs stofbrug er baseret på indirekte (multiplikator-)metoder, hvor der anvendes dødelighedsdata og data for smitte med hiv- eller hepatitis C-virus (hcv). Igen giver datakvaliteten og de anvendte metoder anledning til fortolkningsspørgsmål; f.eks. er det i disse skøn vanskeligt at skelne mellem aktuel intravenøs brug og langtidserfaring med intravenøs brug, hvorfor sammenligninger mellem landene bør ske med forsigtighed. Tilgængelige nationale skøn over intravenøs stofbrug varierer mellem to og seks tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (figur 12).

Figur 12: Estimater over intravenøs stofbrug (pr. 1 000 i aldersgruppen 15-64)



Noter: MM = Mortality Multiplier; HM = hiv Multiplier; CM = Combined Methods for beregning af antal intravenøse stofbrugere.
Målgrupperne kan variere noget afhængig af metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Multiplikatorerne for dødelighed og hiv forudsættes at give overslag over (hovedsageligt nuværende) intravenøs stofbrug, som kun er en del af problematisk stofbrug. De andre metoder forudsættes at give overslag over problematisk stofbrug. For flere oplysninger se Udbredelse, tabel 3 og tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
Kilder: Nationale knudepunkter. Se tillige EONN's projekt *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000*, CT.00.RTX.23, Lissabon, EONN, 2003. Koordineret af Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

En undersøgelse af tallene for intravenøs brug blandt heroinbrugere, der er i behandling, tyder på markante forskelle mellem landene, hvad angår udbredelsen af aktuel intravenøs brug og varierende tendenser over tid ([86]). De foreliggende data viser, at under halvdelen (43 %) af dem, der er i behandling for heroinbrug for første gang, melder om aktuel intravenøs brug, hvilket skal sammenholdes med to ud af tre (62 %) af alle, der er i behandling (vægtede gennemsnit). I visse lande (Spanien, Nederlandene, Portugal) synes en forholdsvis lille andel af heroinbrugerne at være intravenøse brugere, mens intravenøs heroinbrug stadig er normen i andre lande (Tjekkiet, Slovenien, Finland). I adskillige af de »gamle« EU-lande, for hvilke der foreligger data, synes intravenøs stofbrug at være faldet i 1990'erne. Det giver dog anledning til bekymring, at intravenøs stofbrug i andre lande (Tyskland, Irland, Finland) ikke er faldende og endog synes at være stigende, og at næsten alle heroinbrugere i de nye medlemsstater, i hvert fald dem, for hvilke der foreligger data, synes at være intravenøse brugere.

Beslaglæggelser og markedsinformation ([87])

Produktion, ulovlig handel med og beslaglæggelser af opiater

Størstedelen af verdens illegale opium og heroin kommer fra meget få lande (UNODC, 2003a). Den globale produktion af illegal opium i 2002 blev anslået til ca. 4 500 tons, hvoraf Afghanistan bidrog med 76 %. Det meste af resten hidrørte fra Sydøstasien, ca. 18 % fra Myanmar og 3 % fra Laos. Den samlede opiumproduktion har været stabil gennem de seneste fem år bortset fra 2001, hvor et forbud mod valmuedyrkning, der blev håndhævet af Taleban-regimet i Afghanistan, førte til et drastisk, men kortvarigt fald.

Den heroin, der forbruges i EU, er primært produceret i Afghanistan eller langs opiumruterne, især i Tyrkiet (UNODC, 2003a) og føres ind i Europa ad to større smuglerruter. Den traditionelt meget vigtige Balkan-rute

([86]) Se figur 9 OL: Tendenser i intravenøs stofbrug.
([87]) Se kapitel 3, Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation, s. 31.

spiller fortsat en afgørende rolle inden for heroinsmugling. Ruten, der løber igennem Pakistan, Iran og Tyrkiet, deler sig i en sydlig gren gennem Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Albanien, en del af Italien, Serbien, Montenegro og Bosnien-Herzegovina og en nordlig gren gennem Bulgarien, Rumænien, Ungarn og Østrig. Siden midten af 1990'erne bliver heroin stadig oftere smuglet til Europa via »Silkeruten« gennem Centralasien, Det Kaspiske Hav og Den Russiske Føderation (nationale Reitox-rapporter, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Selv om disse ruter er de vigtigste, sker der undertiden også beslaglæggelser andre steder, bl.a. i visse afrikanske lande og i Colombia.

Ud over den importerede heroin fremstilles der også en række opiater i EU. Denne produktion begrænser sig især til en mindre produktion af hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østlige EU-lande som f.eks. Tjekkiet, Estland, Litauen og Polen. Der er noget, der tyder på, at disse hjemmeproducerede produkter er ved at blive fortrængt på det illegale marked af importeret heroin.

Mængdemæssigt tegnede Asien (52,5 %) og Europa (28,1 %) sig i 2002 fortsat for størstedelen af heroinbeslaglæggelserne i verden (CND, 2004), idet heroinbeslaglæggelserne i Europa især var koncentreret om de vestlige lande. Siden 1998 har det EU-land, der har tegnet sig for det største antal heroinbeslaglæggelser og den største mængde beslaglagt heroin, været Det Forenede Kongerige, efterfulgt af Spanien ([88]). I 2001 var Det Forenede Kongerige ansvarligt for en tredjedel af det samlede antal heroinbeslaglæggelser og 40 % af den samlede mængde beslaglagt heroin i EU.

Mængderne af beslaglagt heroin ([89]) i EU var stabile indtil 1998 og voksede derefter i 1999 og 2000. Ud fra tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, synes den samlede mængde beslaglagt heroin i EU at have været stabil siden 2000 ([90]), selv om antallet af heroinbeslaglæggelser i 2002 faldt i alle de lande, for hvilke der foreligger data ([91]).

De nye indberetninger om ulovlig handel med fentanyl, et syntetisk opiat, der er indtil 100 gange stærkere end heroin ([92]), giver anledning til bekymring. Der er i den senere tid meldt om beslaglæggelser i enkelte lande langs Østersøen og i Den Russiske Føderation. Sverige foretog to fentanylbeslaglæggelser i 2002 og 23 i 2003. I Estland dukkede fentanyl og methylfentanyl op på narkotikamarkederne som substitutter for heroin i slutningen af 2001, hvilket førte til 68 fentanylbeslaglæggelser og 11 methylfentanylbeslaglæggelser i 2002. I Finland blev et større parti 3-methylfentanyl beslaglagt i engrosleddet i 2002. I Litauen skete der seks fentanylbeslaglæggelser i 2002. INCB (2004a) har meldt om en nylig beslaglæggelse af 41 kg fentanyl i Ukraine og lukning af tre laboratorier, hvor stoffet blev fremstillet. En væsentlig stigning i mængden af fentanyl på det europæiske narkotikamarked vil være meget bekymrende, idet stoffet kan medføre store problemer. Dette understreges af de seneste to års indberetninger fra de baltiske lande om dødsfald på grund af overdosis, hvor fentanyl blev fundet i de toksikologiske analyser, ofte sammen med heroin. Der kræves stor agtpågivenhed, idet fundet af stoffet ikke nødvendigvis bliver indberettet, især ikke hvis det er blandet med illegal heroin for at øge virkningerne heraf. Hertil kommer, at der har været indberetninger om ulovlig anvendelse af fentanylprodukter. F.eks. har der i Grækenland været indberetninger om stofbrugere, som udvinder fentanyl af smertestillende Durogesic®-plaster.

Buprenorfin — et farmaceutisk opioid — synes at have fundet vej til det sorte marked i en række EU-lande som f.eks. Tjekkiet, hvor Subutex® dukkede op i 2002, og i Det Forenede Kongerige, hvor der i de sidste tre år er indberettet om beslaglæggelser. Finland har meldt om betydelige beslaglæggelser af Subutex® i 2001 og 2002 og Norge om en omfattende beslaglæggelse af Temgesic® i 2002. Dette kunne til en vis grad forventes, idet der i mange lande bliver skrevet stadig flere recepter ud på buprenorfin. Stoffet har dog en sammensætning, der skulle give et lavt misbrugspotentiale, så disse indberetninger kræver nærmere undersøgelser.

International indsats mod ulovlig heroinhandel

På internationalt plan samarbejdes der i stigende grad for at løse det problem, Afghanistans voksende heroinproduktion rejser (Europol, 2003). Siden 2002 har Interpol-projektet NEHRO ([93]) fokuseret på en ny heroinrute mellem Centralasien og Vesteuropa (Interpol, 2002; Europol, 2003). Verdenstoldorganisationen (WCO) har

([88]) Bør dog kontrolleres, når de manglende data for 2002 foreligger. Der mangler oplysninger om antallet af heroinbeslaglæggelser i 2002 for Belgien, Ungarn, Nederlandene og Polen; der mangler oplysninger om både antallet af heroinbeslaglæggelser og mængden af beslaglagt heroin i 2002 for Irland, Cypern, Malta, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

([89]) Se Markeder, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.

([90]) Bør kontrolleres, når de manglende data for 2002 foreligger.

([91]) Bør kontrolleres, når de manglende data for 2002 foreligger.

([92]) Hvis fentanyl forveksles med heroin og indtages ved en fejl, vil forgiftningsrisikoen være meget høj.

([93]) Den nordeuropæiske heroinrute.

ligeledes iværksat Operation Tamerlane, som har til formål at integrere håndhævelsesindsatsen, som involverer toldere, politifolk og grænsevagter fra alle de lande, hvorigennem silkeruten passerer, eller som den grænser op til (WCO, 2003a).

Operation Topaz er et internationalt program, der har til formål at forhindre ulovlig anvendelse af eddikesyreanhydrid, et vigtigt kemikalie, som anvendes til fremstilling af heroin. I 2003 gjorde programmet det muligt at identificere smuglernet og strømænd, som driver ulovlig handel med dette produkt i Europa. Afghanistan og andre asiatiske lande deltog i operationen. Operation Topaz er en af flere internationalt koordinerede aktiviteter, der repræsenterer en tendens til at målrette indsatsen både mod de prækursorer, der er nødvendige for den ulovlige narkotikaproduktion, og mod stofferne selv.

Heroin — priser og renhed

I Europa findes heroin i to former: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform), som er let at skaffe, og den mindre almindelige og dyrere hvide heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien. I 2002 var den gennemsnitlige gadepris for brun heroin i EU mellem 29 EUR pr. gram i Ungarn og 161 EUR pr. gram i Sverige, mens prisen for hvid heroin varierede fra 32 EUR (Ungarn) til 213 EUR (Sverige) pr. gram ([94]). Denne prisforskel hænger formentlig sammen med renheden af det stof, der sælges. I de seneste fem år har de gennemsnitlige detailpriser for såvel brun som hvid heroin været stabile eller faldende i de lande, der har indberettet data, undtagen i Tjekkiet, hvor der meldes om prisstigninger. I 2002 faldt den gennemsnitlige gadepris for brun heroin i seks af i alt ni EU-lande, der har fremsendt data, mens fire ud af seks lande har meldt om en stigende gennemsnitspris for hvid heroin.

I 2002 varierede den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin på gadeplan i EU fra 10 % i Luxembourg til 43 % i Spanien, mens den gennemsnitlige renhedsgrad for hvid heroin varierede fra 7 % i Estland og Finland til 75 % i Norge. Gennem de seneste fem år har renhedsgraden for heroin været faldende eller konstant i de fleste EU-lande. I 2001 steg renhedsgraden for brun heroin i de fleste af de lande, som indberetter sådanne data (syv ud af ti), men denne tendens vendte i 2002, hvor fem (af syv) lande meldte om væsentlige fald i den gennemsnitlige renhedsgrad: Danmark, Luxembourg, Portugal, Det Forenede Kongerige og Norge. Den gennemsnitlige renhedsgrad for hvid heroin på gadeplan faldt både i 2001 og i 2002, men der foreligger kun oplysninger om tidstendenser fra tre lande (Danmark, Estland, Finland).

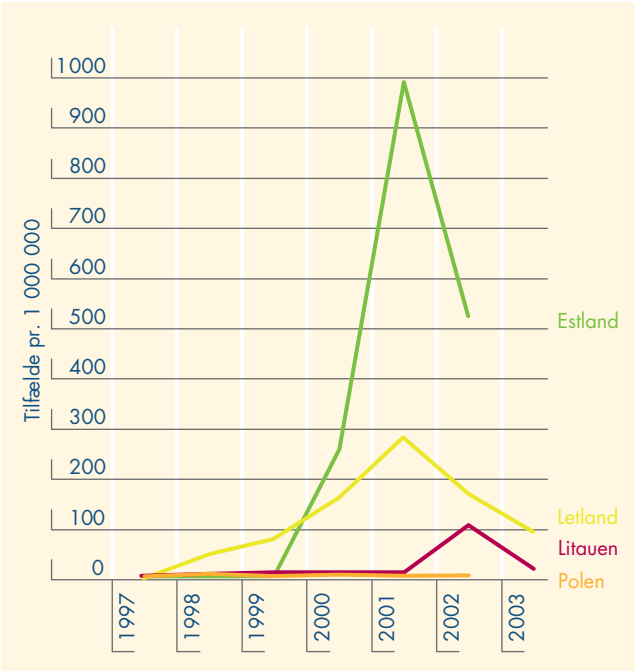
Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Hiv

Hiv-epidemien breder sig hastigt i nogle af de nye EU-lande og disses naboer. Estland, Letland, Rusland og Ukraine er blandt de lande, der har den hurtigst voksende hiv-epidemi i verden. Udbredelsen varierer meget i de øvrige nye EU-lande, og flere af disse har stadig en risiko for lignende epidemier. Blandt de »gamle« EU-lande viser nogle, som hidtil har undgået større hiv-epidemier blandt intravenøse stofbrugere, nu tegn på øget risiko.

En gennemgang af case-rapporterne vedrørende intravenøse stofbrugere viser, at hiv-incidensen toppede i Estland og Letland i 2001 med henholdsvis 991 og 281 tilfælde pr. 1 million indbyggere, hvorefter den faldt i 2002 til de stadig meget høje niveauer på henholdsvis 525 og 170 tilfælde pr. 1 million indbyggere pr. år (figur 13) (EuroHIV, 2004). Af mulige grunde for det observerede fald kan nævnes ændrede indberetningsmetoder, mætning af de intravenøse brugere, der har størst risiko og/eller ændret adfærd. Blandt de nye EU-lande angav Estland (6 %-13 %),

Figur 13: Indberettede nydiagnosticerede tilfælde af hiv-infektion blandt intravenøse stofbrugere pr. 1 million indbyggere i en del nye medlemsstater i EU



Kilde: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV).

([94]) Se Markeder, tabel 14 i *Statistical Bulletin 2004*.

Letland (6,6 %-14,6 %)) og Polen (6,8 %-9,1 %) den højeste udbredelse blandt de intravenøse stofbrugere, der blev testet i 2001 og 2003, mens tallene lokalt i de tre lande i disse år nåede helt op på 41 % (af 964), 22 % (af 205), 29,7 % (af 65). I Estland synes oplysninger om hiv-udbredelse fra flere forskellige kilder at bekræfte et fald i udbredelsen blandt testede intravenøse stofbrugere (6 % i 2002 af en stikprøve på 1 186 intravenøse stofbrugere på nationalt plan mod 13 % af en stikprøve på 2 078 i 2001). I Letland viser nationale oplysninger fra narkotikabehandlingscentre også faldende udbredelse blandt testede intravenøse stofbrugere (13,7 %) i 2001 mod 6,6 % i 2003), mens oplysninger fra andre nationale kilder (hospitaler og arresthuse: 7,8 % i 2000 til 14,6 % i 2002) og lokale kilder (forskellige miljøer i Riga-regionen og i Tukums: 18,3 % i 2000 til 22,0 % i 2003) tyder på en fortsat stigende udbredelse blandt testede intravenøse stofbrugere. I Litauen skete der så sent som i 2002 en væsentlig stigning i antallet af nyindberettede hiv-tilfælde som følge af et større hiv-udbrud i et fængsel. Udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere er dog fortsat lav (i 2002 og 2003: 1,0 % af 2 831 og 2,4 % af 1 112 intravenøse stofbrugere fra forskellige miljøer på nationalt plan og 0,6 % af 641 og 0,4 % af 235 intravenøse stofbrugere, der deltog i et nålebytteprogram i Vilnius). Udbruddet i fængselet illustrerer såvel det presserende behov for at gennemføre forebyggelsesforanstaltninger i dette land og i andre regioner, hvor udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere stadig er lav, som fængslernes store betydning for smittespredningen blandt intravenøse stofbrugere (Dolan, 1997-98; Dolan mfl., 2003).

I Polen tyder nationale prævalensdata fra offentlige sundhedslaboratorier på et fald i udbredelsen blandt testede intravenøse storbrugere fra 10,7 % (af 3 106) i 2002 til 6,8 % (af 2 626) i 2002. Dette fald skal bekræftes, da det ikke stemmer overens med tendensen i de nylige indberetninger, som viser et fald fra et toppunkt på 8,6 pr. 1 million indbyggere i 2000 til henholdsvis 5,1 og 6,9 i 2001 og 2002. Lokale data tyder dog på en stor udbredelse i Pomorskie-regionen i 2002 (30 % af 165 intravenøse stofbrugere rekrutteret fra narkotikabehandlingscentre og på gaden — 15 % af 69, der alene blev rekrutteret på gaden), selv om det skal bemærkes, at udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere i behandling muligvis er større end blandt intravenøse stofbrugere som helhed. I de øvrige nye EU-lande var hiv-prævalensen blandt intravenøse stofbrugere fortsat meget lav i 2000-2001, men der foreligger kun få nyere data. Hiv-prævalensen var gennemsnitligt under 1 % i Tjekkiet, Slovenien og Slovakiet, og det samme gælder i deres nabolande, de to kandidatlande Rumænien og Bulgarien (EONN, 2003a). Selv om disse lande hidtil har undgået hiv-epidemier blandt intravenøse stofbrugere, kan stigninger i injektionsmisbruget dog i nær fremtid føre til stigninger i udbredelsen af hiv og hepatitis, hvis de forebyggende foranstaltninger er utilstrækkelige (se kapitlet om narkotikarelaterede smitsomme sygdomme).

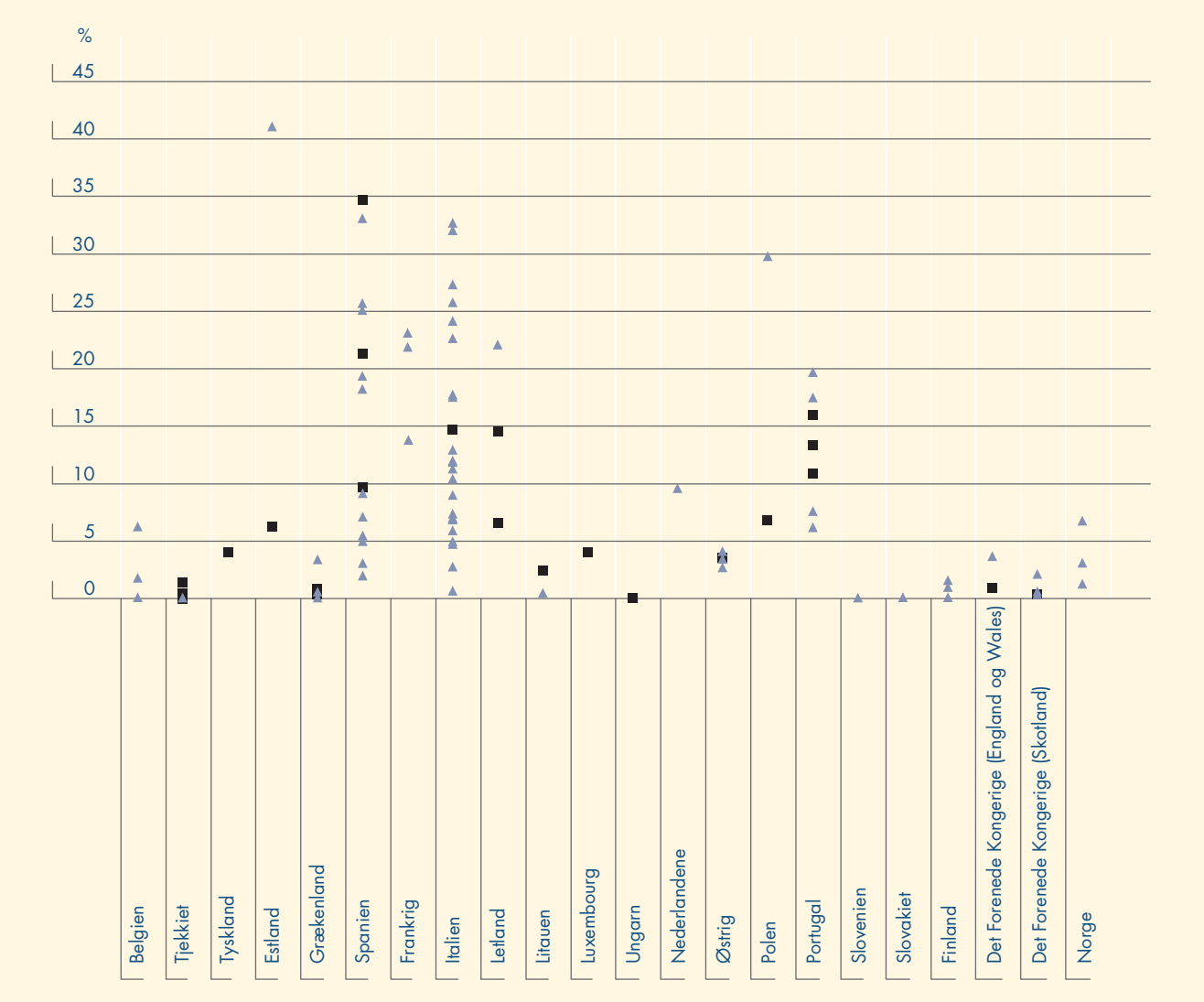
I de 15 gamle EU-lande synes hiv-epidemien blandt intravenøse stofbrugere stort set at have stabiliseret sig eller være faldende ifølge case-rapporterne vedrørende hiv, idet tallene i 2002 varierede fra 1,3 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i Grækenland til 115,7 i Portugal (for sidstnævnte kunne der konstateres et fald til 88,4 i 2003) (EuroHIV, 2004). Men da der ikke systematisk udarbejdes case-rapporter i de lande, der har de største epidemier, kan tidstendenserne fra case-rapporterne være vildledende på EU-plan, hvorfor seroprævalensdata om intravenøse stofbrugere vil være et vigtigt supplement. De foreliggende data om udbredelsen på nationalt plan tyder på store udsving både inden for de enkelte lande og landene imellem, nemlig fra ca. 0 %-1 % i Finland (data fra nålebytteprogrammer) til 9,7 %-35 % blandt testede intravenøse stofbrugere i Spanien (2001-2003) (figur 14). Udbredelsen af testede intravenøse stofbrugere er generelt stabil eller faldende ([95]), selv om en stabil udbredelse ikke betyder, at der ikke længere sker smittespredning. I en række lande har udbredelsen også været stigende siden midten af 1990'erne på regionalt plan. Hertil kommer, at der for nogle lokale områder, hvor der tidligere er meldt om stigninger, mangler nyere data. Den stigende udbredelse på disse områder tyder på, at forebyggelsesforanstaltningerne er utilstrækkelige, selv i nogle områder med længerevarende epidemier. At der finder smittespredning sted blandt intravenøse stofbrugere i flere områder, kan yderligere ses af den høje udbredelse blandt unge (under 25 år) og nye intravenøse stofbrugere (som har været intravenøse stofbrugere i under to år) (EONN, 2003b ([96])). De steder, hvor hiv-udbredelsen er forblevet høj blandt intravenøse stofbrugere, er det vigtigt med en vedvarende forebyggende indsats for at forhindre smitteoverførsel til nye intravenøse stofbrugere, disses seksuelle partnere samt fra mor til barn.

Smitte med hepatitis B- og C-virus og andre smitsomme sygdomme

Udbredelsen af hbv-antistoffer (6 %-85 %) og hcv-antistoffer (17 %-95 %) blandt intravenøse stofbrugere i EU er generelt meget høj, hvilket viser, at der er stort behov for behandling og forebyggelse (figur 15). Hcv-prævalensen er lavere (25 %-33 %) i nogle af de lande, hvor hiv-prævalensen også er lav, navnlig i visse nye EU-lande: Ungarn,

([95]) For yderligere detaljer om disse data og originale kilder se Sygdom, tabel 1 og Sygdom, tabel 8 i *Statistical Bulletin 2004*.
([96]) For yderligere detaljer om disse data og originale kilder se Sygdom, tabel 1 og Sygdom, tabel 8 i *Statistical Bulletin 2004*.

Figur 14: Udbredelse af hiv-infektion blandt intravenøse stofbrugere — undersøgelser med national og lokal dækning 2001-2003

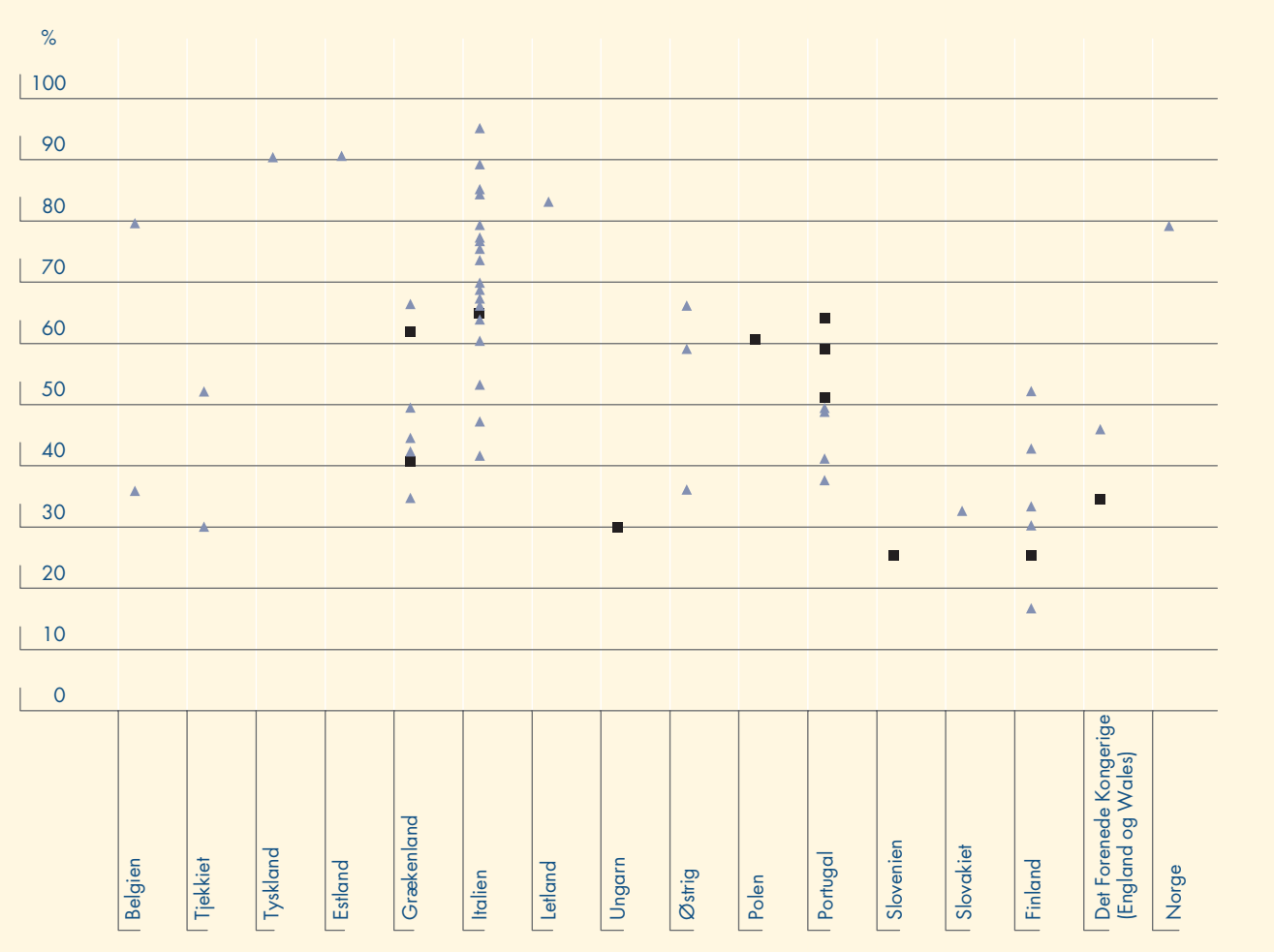


Noter: ■ = stikprøver med national dækning; ▲ = stikprøver med lokal/regional dækning.
Forskellene landene imellem må fortolkes med varsomhed, da miljøer og/eller undersøgelsesmetoder kan variere. Strategierne for national stikprøvetagning varierer også.
Oplysningerne for Portugal og Italien omfatter også ikke-intravenøse stofbrugere og kan derfor let give for lavt overslag over udbredelsen blandt stofbrugere (andelen af ikke-intravenøse stofbrugere i stikprøverne: Italien 5-10 %, Portugal ukendt). For Frankrig er dette tilfældet for nogle af stikprøverne.
Oplysningerne for Tyskland, Italien, Ungarn og Slovakiet er begrænset til udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere i behandling og er muligvis ikke repræsentative for udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere, som ikke er i behandling.
Oplysninger for Tyskland og Luxembourg og dele af Belgien og Frankrig er baserede på egenrapporterede testresultater, som er mindre pålidelige end klinisk dokumenterede resultater.
Kilde: Nationale Reitox-knudepunkter. For primære kilder, se nærmere oplysninger og data fra før 2001 i Infektionssygdomme, tabel 8 i *Statistical Bulletin 2004*.

Slovenien og Slovakiet), hvilket tyder på, at højrisikoadfærd stadig ikke er så almindelig i disse lande. Dette indebærer, at det muligvis endnu er muligt at forhindre spredningen af disse sygdomme gennem en skadebegrænsende indsats (se nedenfor).

Intravenøs stofbrug kan være en smittekanal for en række andre smitsomme sygdomme. I de senere år har der f.eks. i Det Forenede Kongerige være udbrud af tetanus og sårbotulisme, muligvis som følge af smitte i forbindelse med heroininjektion og/eller specifik injektionspraksis (Hope mfl., 2004). Udbredelsen af tuberkulose blandt intravenøse stofbrugere i EU synes generelt at være lav og ikke-stigende, undtagen måske i de baltiske lande (Migliori og Centis, 2002). I nabolandene i Østeuropa er tuberkulose dog et stigende problem på grund af øget resistens over for behandling og den meget store udbredelse blandt indsatte, hvoraf mange er stofbrugere. Seksuelt overført smitte (STI) kan både være en indikator for seksuel højrisikoadfærd og en risikofaktor for hiv-smitte (Estebanez mfl., 2001). For øjeblikket øges udbredelsen af STI hastigt i en række EU-lande, især blandt homoseksuelle mænd. Blandt

Figur 15: Udbredelse af hepatitis C-infektion blandt intravenøse stofbrugere — undersøgelser med national og lokal dækning 2001-2002



Noter: ■ = stikprøver med national dækning; ▲ = stikprøver med lokal/regional dækning.
Forskellene landene imellem må fortolkes med varsomhed, da miljøer og/eller undersøgelsesmetoder kan variere. Strategierne for national stikprøvetagning varierer også.
Oplysningerne for Portugal og Italien omfatter også ikke-intravenøse stofbrugere og kan derfor let give for lavt overslag over udbredelsen blandt stofbrugere (andelen af ikke-intravenøse stofbrugere i stikprøverne: Italien 5-10 %, Portugal ukendt). For Frankrig er dette tilfældet for nogle af stikprøverne.
Dataene for England og Wales og dele af Finland bygger på spytprøver og undervurderer derfor hcv-udbredelsen.
Data for Belgien, Italien, Ungarn, Portugal, Slovenien og Slovakiet er begrænset til hcv-udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere i behandling og er ikke repræsentative for hcv-udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere, som ikke er i behandling.
Kilde: Nationale Reitox-knudepunkter. For primære kilder, se nærmere oplysninger og data fra før 2001 i Infektionssygdomme, tabel 11 i *Statistical Bulletin 2004*.

stofbrugere er STI meget almindelig i visse lande, f.eks. Irland og Italien (Giuliani og Suligoi, 2004), mens andre lande (f.eks. Sverige og Norge) sjældent melder om STI-forekomst; dog synes der i de fleste lande at mangle overvågningsdata, der specifikt vedrører stofbrugere. Hvis STI-overvågningsdata skal være til nogen nytte som indikator for en seksuel højrisikoadfærd blandt intravenøse stofbrugere med henblik på at måle potentialet for seksuel overførsel af hiv, er det vigtigt, at disse data gør det muligt at følge tendenserne især blandt intravenøse stofbrugere. Generelt er den epidemiologiske situation for smitsomme sygdomme blandt intravenøse stofbrugere alvorlig. Det er derfor nødvendigt med en systematisk screening af stofbrugere, hver gang de kommer i kontakt med sundhedstjenesterne, ligesom det er nødvendigt at sikre tilstrækkelige ressourcer til forebyggelse og behandling.

Begrænsning af narkotikarelateret smitte

Siden 2001 har der været en yderligere forøgelse af antallet og den geografiske dækning af nåle- og sprøjteprogrammer (NSP'er) i en række medlemsstater ([97]). Især i Estland og Letland er der ved at ske en hurtig udbygning af tjenesterne — delvis finansieret ved lokale, nationale og internationale tilskud — som reaktion på omfattende hiv-epidemier. I Skotland blev omfanget af sprøjtebytninger næsten tredoblet mellem 1997 og 2002, og der forventes yderligere stigninger, efter at det

([97]) Se tabel 6 OL: Tilbud om sprøjtetyper, sprøjtebytteprogrammer, apotekers deltagelse, antal sprøjter uddelt/solgt.

maksimale antal sprøjter blev hævet til 60 pr. klient, hvilket fremmer bytteordninger blandt stofbrugerne. De resterende geografiske huller i dækningen i Vesteuropa er nu lukket, idet der også er blevet indført nåle- og sprøjteprogrammer i Nordirland (apoteksbaserede) og i Flandern (Belgien). I Sverige fortsætter overvejelserne om en eventuel udvidelse af nåle- og sprøjteprogrammerne.

Hvad angår adgang til sprøjter viser de undersøgelser, der er foretaget, at sprøjteudstyr især købes på apotekerne (f.eks. er andelen af NSP-klienter, der køber sprøjteudstyr på apotekerne, på 30 %-45 % i Belgien, 32 % i Luxembourg og 30 %-40 % i Ungarn). I fire lande spiller apotekerne en væsentlig rolle i sprøjtebytteprogrammer eller som leverandører af sprøjter: i Spanien, Portugal og Det Forenede Kongerige sker der en gratis ombytning på apotekerne, mens de franske statsstøttede »stérikits« især sælges på apotekerne. Fordi apoteker bliver inddraget, har disse fire lande opnået en god geografisk dækning af nålebyttesteder. I andre lande er stofbrugerne nødt til at købe sprøjter (og andet udstyr), og de høje priser i visse lande vækker bekymring ([98]).

Frankrig og Portugal melder om et fald i antallet af sprøjter, der hentes på apotekerne. I Frankrig faldt salget af sprøjter med 45 % imellem 1999 og 2002, nemlig fra 16,5 millioner til 9 millioner. Disse fald blev ikke modsvaret af en øget NSP-aktivitet. Af mulige forklaringer på dette fænomen kan nævnes en stigning i udbredelsen af andre former for indtagelse, som ikke involverer sprøjter, bedre adgang for sprøjtemisbrugere til substitutionsbehandling og flere tilfælde af sprøjtedeling (Emmanuelli, 2003).

NSP'erne kan gennemføres på mange forskellige måder, nemlig via lavtærskeltjenester, apoteker og almindelige sundhedstjenester og sociale tjenester samt via mobile byttetjenester (særlige busser eller opsøgende tjenester) og særlige maskiner. Især i en række nye medlemsstater (Tjekkiet, Polen, Slovenien og Bulgarien), men også i Belgien, Irland og Det Forenede Kongerige, er det stadig oftere kammeraterne, der gennem opsøgende arbejde forsyner stofbrugere med sterilt udstyr (McVeigh mfl., 2003).

Udviklingen inden for behandling af narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Den høje forekomst af hepatitis C-virus (hcv) blandt stofbrugere er kilde til stadig større bekymring hos de sundhedsprofessionelle. Mellem 60 % og 80 % af de personer, der smittes af virussen, bliver kronisk syge, og i indtil 20 % af tilfældene fører dette til terminal leversygdom. Men stofbrugere har kun ringe adgang til behandling for hepatitis C. EONN har udarbejdet en briefing om hepatitis C-politikken, som er tilgængelig online (EONN, 2003c, EONN, 2004d) ([99]).

I en EONN-undersøgelse om retningslinjer for behandlingen af hcv-infektion hos intravenøse stofbrugere i de 15 EU-lande, der blev gennemført i 2003/2004, blev det konkluderet, at der er behov for reviderede paneuropæiske retningslinjer.

I de fleste lande har stofbrugere med leversygdomme ringe adgang til behandling. Eftersom retningslinjer for behandlingen anses som et vigtigt styringsredskab for tilbud om medicinsk behandling, gennemførte EONN en undersøgelse af retningslinjerne for behandling af hcv-infektion hos stofbrugere i de 15 »gamle« EU-lande og Norge i 2003/2004 ([100]). Undersøgelsen viste, at mange lande var i færd med en gennemgang af de nationale retningslinjer, som tog hensyn til forbedrede behandlingsalternativer og betydeligt bedre prognoser for behandlingen. Enkelte af de nye retningslinjer henviste eksplicit til forskning, der dokumenterede, hvilken nytteværdi en behandling har, som gives af et tværfagligt team af hepatologer og narkotikaeksperter.

Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) vil stille særlig finansiering til rådighed for antiretrovirbehandling af patienter i Estland og kandidatlandet Bulgarien. 500 personer i Estland og 200 personer i Bulgarien forventes at ville modtage antiretrovirbehandling (GFATM Secretariat, 2004).

Nye tendenser i tjenesteudbuddet

Hovedtendenserne i lavtærskeltilbuddene til stofbrugere, der oprindeligt var koncentreret om nåle- og sprøjtebytning, inkluderer en stigende integration med andre overlevelsesorienterede tjenester som f.eks. herberger samt sundheds- og lægetjenester, og udvidelse af åbningstiderne om aftenen, om natten og i weekenderne.

Over for det stadig stigende antal stofbrugere, som har problemer med at kontakte tjenesterne, er de nederlandske stofbrugscentre nået frem til, at det er bedst at anvende »mild« overtalelse for at få stofbrugere, som normalt er vanskelige at nå, ind i behandlingssystemet. Denne metode — som også kaldes »indgribende« behandling — går ud på at tilbyde en bestemt, opsøgende sundhedstjeneste til en sårbar gruppe mennesker med mange problemer, som til trods for den alarmerende situation, de er i, som udgør en alvorlig trussel mod deres livskvalitet, ikke benytter sig af ordinære sundhedstilbud (Roeg mfl., 2004).

([98]) Se tabel 7 OL: Priser for almindeligt anvendte sprøjtetyper (med nål) i euro.
([99]) Boks 4 OL viser konklusionerne i to nyere EONN-publikationer om hepatitis C.
([100]) Undersøgelse af retningslinjer for behandling af hepatitis C-infektion med hensyn til stofbrugeres adgang til behandling.

Kontakten med stofbrugere og personer i risikogruppen har stor betydning for formidlingen af sundhedsbudskaber og forebyggelsen af narkotikarelaterede sundhedsskader. En sådan kontakt er i høj grad blevet opnået i Tjekkiet, hvor et tæt net af 93 tjenester spredt over hele landet i 2002 nåede ud til over 22 000 individuelle problematiske stofbrugere — dvs. over halvdelen af den anslåede population af problematiske stofbrugere (Tjekkiets nationale rapport, 2003, s. 35).

En række andre lande anerkender lavtærskeltjenesternes rolle som platform for tilbuddene om basal lægebehandling som f.eks. behandling af sår og bylder. Et eksempel på sådanne tjenester er de norske feltplejestationer. I Finland gennemfører lavtærskeltjenester, de såkaldte sundhedsrådgivningscentre, med stor succes test- og vaccinationskampagner. Muligheden for at komme under lægebehandling tiltrækker selv stofbrugere, som ellers er vanskelige at nå, og kontakten med lægepersonalet giver mulighed for som et supplement til nåle- og sprøjtebytteordningerne at få adgang til eller blive henvist til tjenester som f.eks. hiv-rådgivning og -tests, lægebehandling og narkotikabehandling (EONN, 2004a).

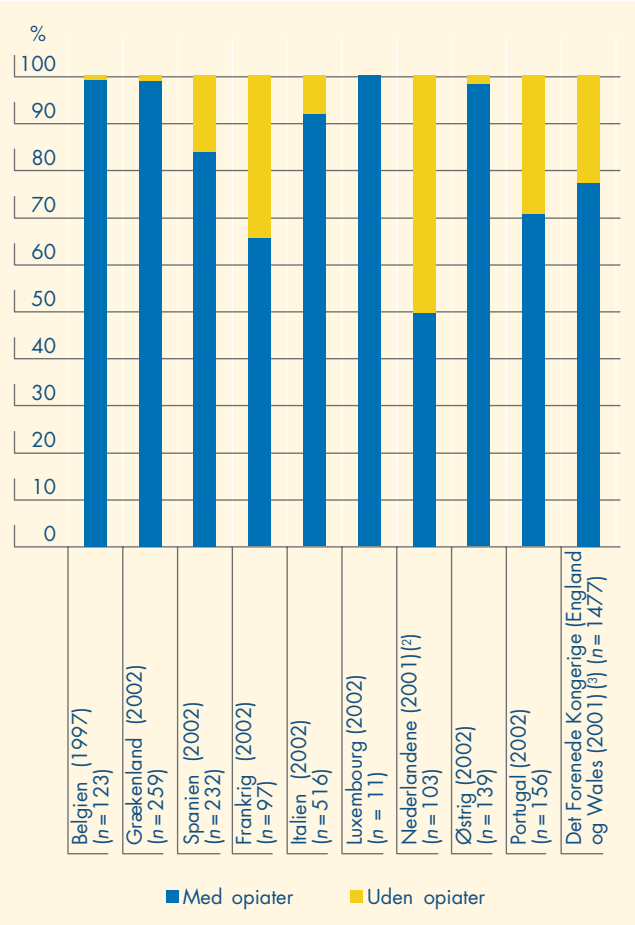
Behovet for lavtærskeltjenester er større i lande med »ældre« epidemier, hvor langtidssprøjtebrugere har store sundhedsproblemer og er mere marginaliserede og udsat for social udstødelse. Det stigende antal tilbudte tjenester kan også være en afspejling af denne gruppes øgede afhængighed af sådanne tjenester.

Narkotikarelaterede dødsfald ([101])

De fleste tilfælde af narkotikarelaterede dødsfald ([102]) som følge af indtagelse af illegale stoffer, der er nævnt i indberetningerne fra EU-landene, involverer opiater, selv om andre stoffer i mange tilfælde også identificeres under den toksikologiske undersøgelse (figur 16) ([103]).

Mellem 1995 og 2001 indberettede EU-landene hvert år 8 000-9 000 dødsfald som følge af overdoser ([104]). Disse tal kan betragtes som mindsteskøn, idet der i de fleste lande sandsynligvis sker en vis underrapportering. De fleste ofre for overdoser er unge mænd (70 %-93 %) i slutningen af 20'erne eller i 30'erne. Den samlede gennemsnitsalder ligger mellem 31 og 40 år. I de fleste EU-lande er der en tendens til stadig ældre ofre, hvilket kunne tyde på en »aldrende kohorteffekt« ([105]). I Finland og til en vis grad Grækenland og Det Forenede Kongerige gør denne tendens sig ikke gældende, hvilket er bekymrende, idet det kan tyde på en større forekomst af sprøjte- eller opiatbrug i de senere år (figur 17).

Figur 16: Andel af narkotikarelatrerede dødsfald med eller uden tilstedeværelsen af opiater i en del EU-lande i 2000-2001 ([1])

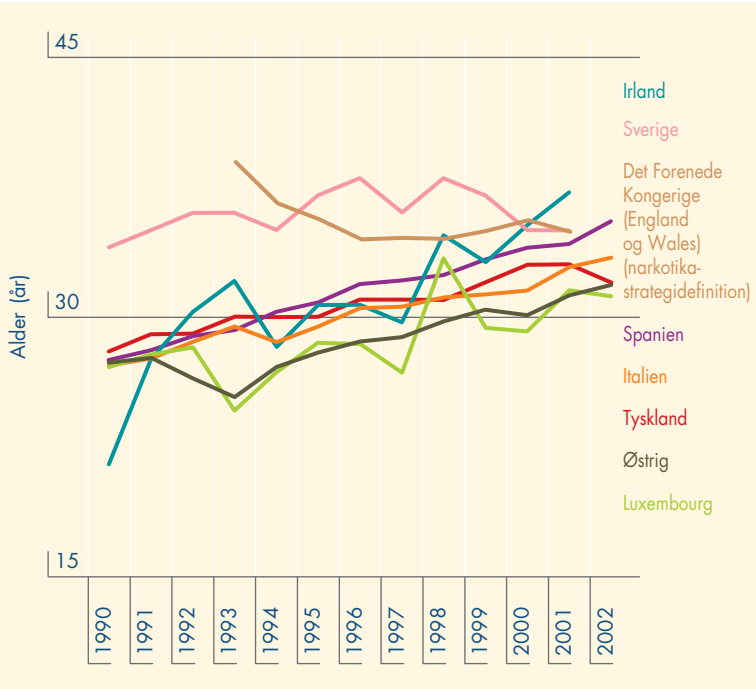


([1]) Eller det seneste år, for hvilket der foreligger oplysninger.
([2]) I Nederlandene henviser nogle af tilfældene »uden opiater« til »andre og uspecificerede narkotika« eller »andre og specificerede psykodysleptika«, som kan omfatte tilfælde med opiater og tilfælde, som skyldes kokain.
([3]) I Det Forenede Kongerige er den toksikologiske information baseret på np-SAD (St George's Hospital Medical School), der bygger på kronfogeders (coroners') rapporter. Sager med mindst én opioid-påtegning er medtaget; der kan forekomme overlapning, og den samlede procentdel kan være lavere.
Noter: I en del lande omfatter »den nationale definition« på narkotikarelaterede dødsfald et begrænset antal dødsfald, som indirekte er relateret til stofbrug.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i nationale dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre). Baseret på nationale definitioner som fremlagt i metodebeskrivelsen »Definition af akutte narkotikarelaterede dødsfald i medlemsstaterne«. Jf. tillige Narkotikarelaterede dødsfald, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.

Der kommer regelmæssigt indberetninger fra forskellige EU-lande om ofre for narkotikarelaterede dødsfald, hvor metadon er involveret. Som ethvert andet opiat er metadon

([101]) Afsnittet om »Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere« i sidste års årsberetning (EONN, 2003b) giver et overblik over emnet.
([102]) Se metodebeskrivelsen vedrørende »Narkotikarelaterede dødsfald — EONN-definition« i *Statistical Bulletin*. Se også EONN's protokol over narkotikarelaterede dødsfald (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Se Narkotikarelaterede dødsfald, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.
([104]) Se Narkotikarelaterede dødsfald, tabel 2 og Narkotikarelaterede dødsfald, tabel 3 i *Statistical Bulletin 2004*.
([105]) Se figur 10 OL: Ændring i andelen af personer over 35 år blandt ofrene for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene fra 1990 til 2001-2002.

Figur 17: Gennemsnitsalder for stofbrugsrelaterede dødsfald i en del EU-lande (1990-2002)



Noter: Figuren viser lande, som har indberettet gennemsnitsalderen for ofrene i de fleste af årene i indberetningsperioden.
Se tillige figur 10 OL: Udvikling i andelen af personer over 35 år blandt narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene fra 1990 til 2001-2002.
Information baseret på nationale definitioner som fremstillet i metodebeskrivelsen vedrørende nationale definitioner af akutte narkotikarelaterede dødsfald. I England og Wales anvendes »narkotikastrategidefinitionen« (*Statistical Bulletin 2004*).

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i nationale dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre).

et potentielt giftigt stof, men forskningen viser klart, at substitutionsbehandling reducerer risikoen for dødelighed som følge af overdoser blandt deltagerne i behandlingsprogrammerne. Af en række undersøgelser fremgår det, at dødsfald, hvor metadon er involveret, snarere er resultatet af illegal brug end ordineret brug, og andre undersøgelser viser, at der er en højere risiko i begyndelsen af metadonbehandlingen. Disse resultater indikerer, at substitutionsprogrammernes kvalitet skal kontrolleres.

Tendenser i akutte narkotikarelaterede dødsfald

Tendenserne i de narkotikarelaterede dødsfald varierer fra land til land, men visse tendenser er generelle for samtlige EU-lande. I 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne blev der konstateret en generel og markant stigning i antallet af narkotikarelaterede dødsfald ([106]). I perioden 1990-2000 fortsatte den generelle stigende tendens, dog i et langsommere tempo, selv om der i visse lande kunne konstateres et fald. I 2000 blev der meldt om 8 838 dødsfald mod 6 284 i 1990 (en 40 % stigning).

Mellem 2000 og 2001-2002 meldte mange EU-lande om et faldende antal narkotikarelaterede dødsfald, i visse tilfælde (Tyskland, Grækenland, Irland, Italien og Portugal) også statistisk signifikante fald. I Norge rapporterede politiet også om en væsentlig nedgang i antallet af narkotikarelaterede dødsfald i 2002. For EU som helhed skete der et fald mellem 2000 (8 838 tilfælde) og 2001 (8 306 tilfælde), hvilket er et beskedent, men statistisk signifikant, fald (6 %) (figur 18) ([107]).

Der kan sikkert forventes en stigende tendens i narkotikarelaterede dødsfald i de nye medlemsstater og i kandidatlandene. Den nuværende kvalitet af informationen om narkotikarelaterede dødsfald i disse lande er meget begrænset, og de tendenser, der observeres, bør fortolkes med forsigtighed. Estland og Slovenien viser en stigende tendens, mens der i Bulgarien og Tjekkiet ikke kan spores nogen tendens.

Trods en række gunstige faktorer som f.eks. et skifte fra injektion blandt opiatbrugere i en række lande og forbedrede behandlingstilbud, er det fald i narkotikarelaterede dødsfald, der er registreret i de seneste to år, lille (og for visse lande ikke-eksisterende), og ud fra de aktuelle tal vil niveauet forblive højt også på længere sigt.

Samlet dødelighed blandt opiatbrugere

Kohortundersøgelser af dødeligheden viser, at dødeligheden blandt opiatbrugeren er op til tyve gange højere end for befolkningen som helhed i samme aldersgruppe. EONN koordinerer for tiden et projekt vedrørende dødelighedskohorter, som otte lande samarbejder om, og de foreløbige resultater er blevet fremlagt i tidligere EONN-rapporter. Analysearbejdet fortsætter, nu også med kohorter fra Frankrig og Skotland. Det forventes, at resultaterne vil blive fremlagt i fremtidige årsberetninger.

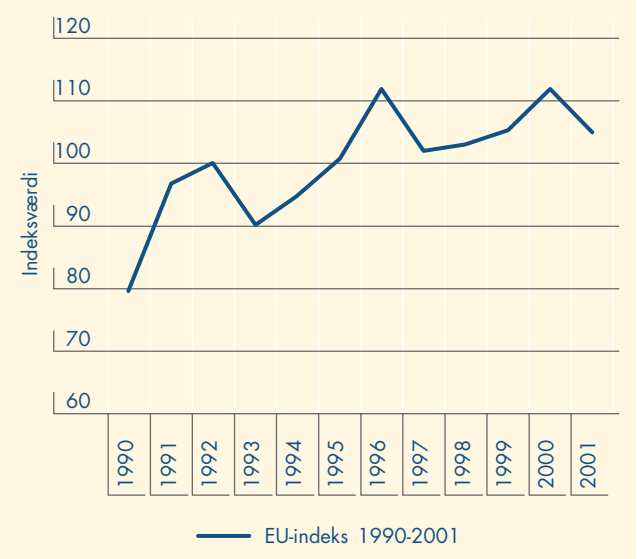
Begrænsning af narkotikarelaterede dødsfald

Siden midten af 1990'erne har man fået en større viden om sociale og personlige risikofaktorer, risikoen for narkotikarelaterede dødsfald samt de omstændigheder, hvorunder dødsfaldene kan forventes at ske (især dødelige

([106]) Se figur 11 OL: Langtidstendens i EU for akutte dødsfald, der direkte kan tilskrives narkotikabrug (1985-2001).

([107]) Se tillige figur 12 OL: Tendenser i akutte narkotikarelaterede dødsfald i en række EU-lande og i EU i almindelighed i perioden 1985-2001. Angående Det Forenede Kongerige se tillige »Metodebeskrivelsen vedrørende nationale definitioner af narkotikarelaterede dødsfald« (*Statistical Bulletin*): »Definition af narkotikastrategi« og »Det nationale statistiske kontors (ONS') traditionelle definition«. Narkotikastrategidefinitionen resulterer i skøn, som ligger meget tæt på EONN's standard europæiske definition (»Udvalg B«).

Figur 18: Ændringer i antallet af akutte narkotikarelaterede dødsfald — EU og Norge, i alt 1990 til 2001
(Indeks = 100 for gennemsnittet for perioden 1990-2001)



Noter: Indeks ikke beregnet pga. utilstrækkelige data for 2002.
Individuelle landetendenser fremgår af figur 11 OL. Oplysninger om antal tilfælde pr. land findes i narkotikarelaterede dødsfald tabel 2 og tabel 3 (*Statistical Bulletin 2004*).
I Det Forenede Kongerige anvendes tal fra Office of National Statistics (ONS), fordi der foreligger tal for længere perioder.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre). Baseret på nationale definitioner som fremstillet i metodebeskrivelsen vedrørende nationale definitioner af akutte narkotikarelaterede dødsfald (*Statistical Bulletin 2004*).

overdoser af heroin) (f.eks. Best mfl., 2000, 2001; Origer og Delucci, 2002), og det har vist sig, at der er store muligheder for gennem medicinske og uddannelsesmæssige foranstaltninger at begrænse antallet af dødsfald. De fald i dødsfald forårsaget af overdoser, der for nylig har kunnet iagttages i visse lande (Frankrig, Spanien), er blevet tilskrevet den øgede adgang til substitutionsbehandling (f.eks. i Frankrig: national rapport 2002, 2003) samt ændringer i indtagelsesmetoden (et fald i den intravenøse stofbrug) (EONN, 2004b).

Et af målene på europæisk plan er at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald (EU's narkotikastrategi for 2000-2004, mål 2), og dette mål går igen i et stigende antal nationale narkotikastrategier i medlemsstaterne ([108]).

Det er sædvanlig praksis i de fleste af de »gamle« medlemsstater at udlevere informations- og undervisningsmateriale om overdosisrisici og -håndtering (foldere, plakater, brochurer og videoer) til stofbrugere og deres sociale netværk, men dette er ikke gængs praksis i de nye medlemsstater. Andre bevisbaserede tiltag som f.eks. kurser for stofbrugere, således at disse kan yde deres kammerater førstehjælp, opfordringer til at ringe efter en ambulance, hvis en kammerat bliver offer for en overdosis, iværksættes i en række lande, men der mangler fortsat systematisk viden om udbuddet af sådanne tiltag. Uddeling af en opiatantagonisk (naloxon) til stofbrugere er et af de tiltag, som en del lande har truffet — eller overvejet — for at få antallet af dødsfald på grund af overdosis bragt ned ([109]) (EONN, 2003a).

I visse lande findes der overvågede brugerrum for stofbrugere i åbne narkotikamiljøer, som har stor risiko for overdoser. Sådanne brugerrum findes i Tyskland, Spanien og Nederlandene og er ved at blive indført i Luxembourg, Slovenien og Norge. Hvis der kommer tilstrækkelig mange brugerrum, kan dette hjælpe med at begrænse antallet af narkotikarelaterede dødsfald i byerne.

Et skadestuebaseret projekt i Østrig hjælper stofbrugere, som ofte indtager overdoser ([110]).

Brugerrum

I 39 byer i Europa er der indført »brugerrum«, hvor inkarnerede stofbrugere kan indtage deres stoffer under hygiejniske forhold og overvåget af kvalificeret personale uden at skulle frygte at blive arresteret. *European report on drug consumption rooms* (EONN, 2004a) beskriver, hvad brugerrum er, og hvorfor og hvorledes de er blevet etableret, hvem målgruppen er, hvilke specifikke mål de har, hvorledes de fungerer, og sammenfatter det tilgængelige materiale.

Brugerrum er et specialtilbud, som indgår i et større netværk af tjenester møntet på stofbrugere. De er baseret på konsensus og aktivt samarbejde mellem sundhedspersonale, politi, lokale myndigheder og lokalsamfundet. Rapporten viser, at brugerrum er et godt udgangspunkt for at opnå kontakt med en gruppe tungt belastede stofbrugere og bidrager til at give dem adgang til hårdt tiltrængt primær sundhedspleje, andre sociale tjenester og behandlingsapparatet.

([108]) Se tabel 8 OL: Strategier og udvalgte foranstaltninger til begrænsning af narkotikarelaterede dødsfald i de 25 EU-medlemsstater og Norge.
([109]) Se tabel 8 OL: Strategier og udvalgte foranstaltninger til begrænsning af narkotikarelaterede dødsfald i de 25 EU-medlemsstater og Norge.
([110]) Se navnet på kontaktpersonen i det østrigske EDDRA-projekt i EDDRA's database (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Kapitel 7

Behandling — dækning af behovene hos personer med problemer

Mange af de personer, der har fået et stofbrugsproblem, kan med fordel kontakte et behandlingssted. I EU findes en række forskellige behandlingsmuligheder, som afspejler såvel den nationale og historiske baggrund som forskellene mellem de befolkningsgrupper, der har brug for hjælp. Disse muligheder beskrives kort nedenfor. Mulighederne for at få behandling varierer fra land til land, og der er generelt færre behandlingsmuligheder i de nye medlemsstater. Der synes dog generelt at blive investeret løbende i at øge behandlingskapaciteten, og mulighederne for at hjælpe personer med stofproblemer er bestemt blevet bedre.

Som noget nyt er man begyndt at anvende det kommunikationspotentiale, der ligger i ny informationsteknologi, f.eks er internettet taget i brug for at forbedre tilbuddene til stofbrugere. Man er meget opmærksom på internettets rolle i promoveringen af illegal stofbrug, og det er derfor positivt, at en række lande som f.eks. Nederlandene og Finland har taget initiativ til at undersøge mulighederne for at benytte internettet for at forbedre informationsniveauet og behandlingsmulighederne. Blandt andet udnyttes de direkte kommunikationsforbindelser, som e-post og mobiltelefoner har muliggjort, ligesom det undersøges, hvorledes e-rådgivnings- og sms-tjenester kan udnyttes til fordel for stofbrugere.

Generelt er tendensen i EU den, at narkotikarelateret behandling er blevet flyttet fra hospitalerne til behandlingscentre i lokalsamfundene. Denne udvikling er mindre åbenlys i de nye medlemsstater, hvor psykiatriske hospitaler fortsat er den primære kilde til behandling (Estland, Letland, Litauen, Slovenien), selv om der er tegn på, at dette er ved at blive ændret i nogle lande. F.eks. tilbyder Tjekkiet behandling både på hospitaler og i behandlingscentre.

Beskrivelse af behandlingstilbud

Stoffri behandling

I den stoffrie behandling inddrages psykosociale og pædagogiske teknikker med henblik på at opnå en vedvarende afholdenhed fra stoffer. Traditionelt har stoffri behandling medført indlæggelse i længere tid, f.eks i terapeutiske miljøer. I dag foregår denne behandling også ofte ude i samfundet. Der kan anvendes medicin mod abstinenser, ofte begrænset til antidepressiver og/eller benzodiazepiner. I visse behandlingsmiljøer tilbyder man dog ikke sådanne lægemidler ([111]).

Da medicinsk støttet behandling normalt kun er tilgængelig for opioidbrugere, vil en eller anden form for stoffri behandling ofte være den eneste behandlingsmulighed for personer, der har problemer med ikke-opioider.

Medicinsk støttet behandlet

Medicinsk støttet behandling omfatter såvel substitutionsbehandling med agonister som behandling med antagonister. Til denne form for farmakologisk behandling anvendes typisk Naltrexon (en antagonist) eller en af følgende opioidagonister: metadon, buprenorfin, dihydrocodein, heroin eller depotmorfin.

Metadon er fortsat et af de hyppigst ordinerede substitutionsstoffer i det udvidede EU. Men i de senere år er der kommet flere behandlingsmuligheder til. Inden 2002 havde samtlige de 15 gamle EU-medlemsstater bortset fra Nederlandene og Irland (hvor det kun bruges i forbindelse med afgiftning) ([112]) rapporteret om brug af buprenorfin. Andre substitutionsstoffer som f.eks. dihydrocodein (Belgien, Tyskland, Luxembourg, Østrig), depotmorfin (Østrig) og heroin (Tyskland, Nederlandene, Det Forenede Kongerige) anvendes mindre hyppigt eller som led i et medicinsk forsøg (Springer, 2003a) ([113]).

Målt i absolutte tal er substitutionsbehandling blevet den mest almindelige form for specialiseret narkotikabehandling for opiatbrugere i EU, idet over 400 000 personer modtager denne type behandling. Bortset fra Slovenien er denne behandlingsform dog mindre anvendt i de nye EU-medlemsstater, hvor stoffrie behandlingsmuligheder dominerer ([114]).

([111]) Se figur 13 OL: Stoffrie behandlingsmetoder, der involverer hospitalsindlæggelse.
([112]) I Irland anvendes buprenorfin kun til behandling af abstinensymptomer.
([113]) Se tabel 9 OL: Anvendte substitutionsstoffer i EU-medlemsstaterne.
([114]) Se figur 14 OL: Substitutionsbehandling eller stoffri behandling for opiatbrug.

Adgang til substitutionsbehandling og adgangskriterier

Tendensen til at gøre kriterierne for adgang til substitutionsbehandling mindre restriktive fortsætter. Tidligere var adgangskriterierne ofte yderst selektive, således at substitutionsbehandling blev forbeholdt personer, der blev anset for at have særlig kroniske problemer. I dag er adgangen til substitutionsbehandling normalt begrænset til personer på 18 år og derover med ét-to års problematisk stofbrug bag sig (f.eks. Belgien, Irland, Nederlandene). De fleste nye medlemsstater melder om højere tærskler, f.eks. en mindstealder på 20 år og mindst fem års problematisk brug (f.eks. Estland og Letland), selv om Slovenien allerede giver adgang til substitutionsbehandling for personer på 16 år og derover. Også Grækenland, Finland, Sverige og Norge har forholdsvis strenge adgangskriterier, idet mindstealderen her er fastsat til mellem 20 og 25 år, mens de pågældende skal have mindst fire-fem års problematisk brug bag sig.

Trods den øgede adgang til substitutionsbehandling angiver en række lande, at efterspørgslen stadig overstiger udbuddet, og der meldes om ventelister i Belgien, Tjekkiet, Grækenland, Estland, Ungarn, Irland, Sverige og Norge. Adgangen kan ligeledes begrænses ved den måde, hvorpå narkotikatjenesterne er organiseret. F.eks. skal patienterne i Litauen betale for deres medicin, og dette begrænser efterspørgslen efter substitutionsbehandling.

Indførelse af substitutionsbehandling

Der er stor forskel på, hvornår medlemsstaterne har indført substitutionsbehandlingen. Nogle medlemsstater indførte metadonsubstitutionsprogrammer helt tilbage i slutningen af 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne, mens andre lande først indførte denne behandlingsform generelt i 1990'erne (Belgien, Grækenland, Frankrig, Norge). Substitutionsbehandling er en forholdsvis ny udvikling i de fleste af de nye medlemsstater, hvoraf størstedelen først indførte substitutionsbehandling i 1990'erne, mens Estland først indførte sit program i 2001. Undtagelsen er Slovenien, som allerede i 1990 indførte substitutionsprogrammer ([115]).

Psykosocial støtte i substitutionsbehandling

Selv om det er bredt anerkendt, at substitutionsbehandling bør ledsages af psykosocial støtte, indgår en sådan støtte sjældent rutinemæssigt i behandlingen. I Tjekkiet, Tyskland og Nederlandene tilbydes der ikke psykosocial støtte som følge af manglende ressourcer. Og i Norge, hvor hver klient, der modtager substitutionsbehandling, i teorien skal have en socialrådgiver knyttet til sig, er der i praksis ikke altid tilstrækkelig kapacitet til at muliggøre dette. Af en dansk undersøgelse fremgår det, at metadonklienter, som ikke modtager psykosocial støtte, meget oftere anvender et sekundært stof end de klienter, der modtager en sådan støtte. Det undersøges for tiden, om en udvidet psykosocial støtte kan forbedre behandlingsresultaterne (Pedersen, 2001). Den irske forening af praktiserende læger har godkendt bevisbaserede retningslinjer for substitutionsbehandling (2003), som fremhæver nødvendigheden af psykosocial støtte.

Nytten af psykosocial støtte afhænger dog også af klienternes opfattelse af denne behandlingsmulighed. I Grækenland benytter patienter, der deltager i metadonbehandlingsprogrammer, ofte psykosocial rådgivning, mens det i Letland kun er få patienter, der er villige til at modtage denne form for hjælp.

Kvalitetskontrol

Kvalitetskontrol af behandling kan defineres som et »systematisk forsøg på at overvåge, dokumentere og forbedre kvaliteten af de tilbudte tjenester«. I EU anerkender man generelt fem kvalitetskontrolforanstaltninger: akkreditering af behandlingsudbydere, behandlingsstandarder, personaleuddannelse, overvågning af klienter og resultater og endelig evaluering af retentionsprocenter, resultater, tilfredshed, udskrivelse mv. (figur 19).

Som noget nyt indgår kvalitetskontrollen af behandlingsudbyderne i nogle lande nu i de nationale narkotikastrategier (Grækenland, Spanien, Frankrig, Irland, Sverige), mens der i andre lande er fastsat mindstekrav, der skal opfyldes af udbyderne (Belgien, Tjekkiet, Tyskland, Nederlandene, Polen, Slovenien og Det Forenede Kongerige). Akkreditering af behandlingsudbydere er en kvalitetskontrolforanstaltning, der er indført i en række lande (Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Luxembourg, Nederlandene, Polen, Portugal og Det Forenede Kongerige), selv om nogle af dem indrømmer, at de endnu ikke er færdige med at implementere foranstaltningen (Tjekkiet, Nederlandene). Mange lande melder om øget personaleuddannelse, selv om det faktiske omfang og den faktiske dækning ikke altid overvåges systematisk. Systematisk og omfattende evaluering af behandlingsudbydere er en forholdsvis sjælden foreteelse og finder alene sted i Danmark, Italien, Letland, Luxembourg, Polen, Det Forenede Kongerige og Norge.

([115]) Se figur 15 OL: Indførelse af metadonbehandling i EU.

Social reintegration

Social reintegration bygger på tre søjler: 1) boligtilbud, 2) uddannelse og 3) beskæftigelse og erhvervsuddannelse. Tag over hovedet er en forudsætning for et stabilt liv, og det tilstræbes at skaffe stofbrugere (tidligere eller nuværende) et sted at bo og/eller at yde boligstøtte. De fleste stofbrugere har modtaget forholdsvis lidt formel uddannelse og vil have fordel af at få forbedret deres skrive-, læse- regne- og andre færdigheder. Endelig tager beskæftigelses- og erhvervsuddannelsesinitiativerne sigte på at gøre klienten uafhængig af social støtte ved at integrere ham i arbejdsmarkedet enten ved at skaffe et job, eventuelt med løntilskud, eller gennem specifik erhvervsuddannelse.

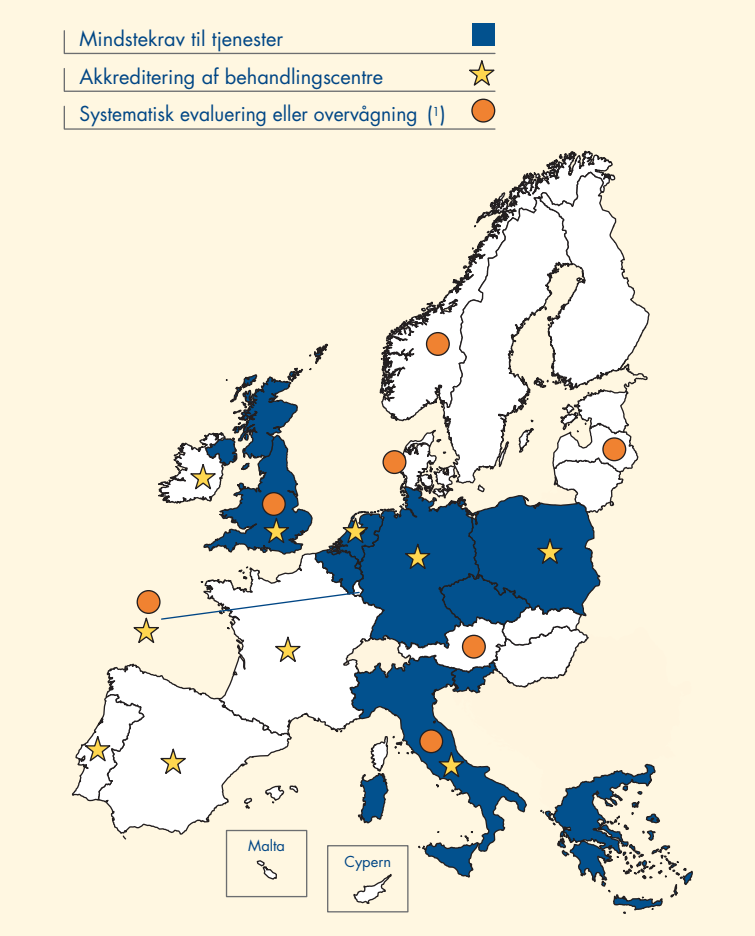
Social reintegration anvendes sjældnere som løsning på et stofbrugsproblem end behandling, hvorfor overvågningen og rapporteringen på dette område er lidt utilfredsstillende. En række medlemsstater har angivet, at dette område kræver meget mere opmærksomhed og øgede bevillinger (Tyskland, Estland, Finland). Men i visse lande er der øget politisk opmærksomhed omkring social reintegration, idet disse lande har indarbejdet dette aspekt i deres nationale narkotikastrategier eller har ydet øget økonomisk støtte til sådanne sociale reintegrationsforanstaltninger (Grækenland, Irland, England og Wales) ([116]).

Data om behandlingsefterspørgsel

Oplysninger om antallet af personer, der søger behandling for et stofproblem, giver et nyttigt indblik i de generelle tendenser inden for problematisk stofbrug og i tilrettelæggelsen og udnyttelsen af behandlingsfaciliteter i Europa. EONN's indikator for behandlingsefterspørgsel (TDI) sikrer en ensartet indberetning af antallet af klienter, der henvises til narkotikabehandlingsfaciliteter, og af deres kendetegn. Selv om TDI-data kan siges at give en rimelig god og nyttig viden om, hvad der kendetegner de klienter, der henvises til specialiserede narkotikatjenester, bør man af en række tekniske årsager være forsigtig med at ekstrapolere resultaterne til alle behandlingsudbydernes klienter.

Det generelle billede, der tegnes af de nyeste TDI-data og nationale rapporter, bekræfter de senere års tendens til et stigende antal personer i behandling. Trods den generelle stigning i behandlingsantallet synes antallet af nye behandlingsanmodninger, dvs. personer, der kommer i behandling for første gang, at være forholdsvis stabilt ([117]). Stigningen i den generelle efterspørgsel kan forklares ved en kombination af forskellige faktorer, herunder navnlig

Figur 19: Kvalitetskontrol af narkotikarelateret behandling



(1) Et centralt register eller en database, som følger klienter og/eller behandlingstilbud over tid.
Kilde: Nationale Reitox-rapporter.

indberetningssystemets bedre dækning samt øget adgang til behandling ([118]).

Kendetegn ved klienter, der efterspørger narkotikabehandling

Der er tendens til, at såvel narkotikatjenesterne som deres klienter er koncentreret om bykerner og byområder, hvor stofproblemer ledsages af en række andre sociale og sundhedsmæssige problemer, som alle optræder hyppigst i marginaliserede og ugunstigt stillede lokalsamfund.

De fleste klienter kommer i specialiseret narkotikabehandling, når de er i 20'erne eller begyndelsen af 30'erne, idet den samlede gennemsnitsalder for klienter, der kommer i behandling for første gang, er knap 27 år. Imidlertid varierer aldersfordelingen, jf. de fremlagte data for Europa, idet der i nogle lande findes flest personer over

([116]) Se figur 16 OL: Oversigt over sociale reintegrationsforanstaltninger.
([117]) Se figur 17 OL: Antal nye klienter i narkotikabehandling i en række EU-medlemsstater.
([118]) Se Behandling, tabel 1 og Behandling, tabel 2 i *Statistical Bulletin 2004*.

39 år eller under 20 år, der kommer i behandling for første gang. Dette skyldes især, at aldersfordelingen afspejler, at problematiske opiat- eller kokainbrugere normalt er ældre end gennemsnittet, mens de personer, der anmoder om behandling for brug af cannabis eller andre stimulanser end kokain, typisk er yngre ([119]). I de lande, der har oplevet en markant stigning i antallet af klienter, der henvises på grund af cannabisproblemer, som f.eks. Danmark, Tyskland og Finland, er klienterne således typisk yngre end i lande som Grækenland, Spanien og Nederlandene, hvor heroin- og kokainproblemer dominerer. Narkotikaproblemets historiske udvikling er ligeledes bestemmende for aldersfordelingen. F.eks. i Finland er klienterne forholdsvis unge, fordi narkotikaproblemet er forholdsvis nyt. Noget tilsvarende kunne forventes for mange af de nye medlemsstater, hvor narkotikaproblemerne ligeledes ofte er et relativt nyt historisk fænomen, men her er det især problematiske heroinbrugere, der søger narkotikabehandling ([120]).

Selv om de mandlige stofbrugere er i overtal i samtlige europæiske lande, varierer forholdet mellem mandlige og kvindelige stofbrugere betydeligt mellem landene, nemlig fra 3:1 til 6:1. Forskellene mellem landene afspejler igen arten af narkotikaproblemet og regionale forskelle (man finder forholdsvis flest kvindelige stofbrugere i de nordeuropæiske lande og i de nye medlemsstater) samt klientens alder.

Det er interessant at bemærke, at de fleste klienter, der søger behandling for brug af heroin, kokain, sovemidler eller beroligende midler, har et dagligt indtag af disse stoffer, mens indtagelseshyppigheden for andre stoffer er mere ujævnt fordelt. Dette spørgsmål gennemgås nærmere under Udvalgte aspekter: Baggrund for cannabisproblemerne (s. 82).

De fleste klienter i behandling angiver, at deres stofbrug begyndte, da de var helt unge, normalt i alderen 15-19 år. Alderen for førstegangsbrugere af heroin og kokain ligger dog betydeligt højere, idet to femtedele (40 %) af klienterne begynder, når de er 25 år eller derover ([121]).

Social demografi

De demografiske oplysninger tyder på, at der er uforholdsmæssigt mange socialt og økonomisk dårligt stillede personer blandt de klienter, der er i behandling. Over halvdelen af klienterne har ikke afsluttet deres uddannelse på sekundærtrinnet ([122]). Andelen af klienter uden regelmæssig beskæftigelse er høj i forhold til den generelle arbejdsløshed, og i visse lande er over halvdelen af de stofbrugere, der er i behandling, arbejdsløse ([123]). Boligsituationen er ofte også vanskelig, idet ca. 15 % af de klienter, der er i behandling, bor på sociale institutioner eller har ikke fast bopæl ([124]). Det skal ligeledes bemærkes, at hjemløsheden i sig selv kan begrænse klienternes mulighed for at udnytte behandlingsmulighederne — og at hjemløshed kan forværre såvel narkotikaproblemerne som konsekvenserne heraf (EONN, 2003b, s. 65).

Blandt klienter med fast bopæl bor en tredjedel alene, en tredjedel med forældrene og resten med en samlever eller andre. Over 10 % bor sammen med børn, og alt tyder på, at børn af stofbrugere kan blive udsat for mange vanskeligheder. Stofproblemer gør det endvidere meget vanskeligt at udfylde forældrerollen (Murphy-Lawless, 2002).

Stof, der bruges

TDI registrerer såvel det primære stof, for hvilket der søges behandling, og det eventuelle sekundære stof. De tre stoffer, der hyppigst registreres som enten det primære eller det sekundære stof, er opiater, kokain og cannabis (figur 20).

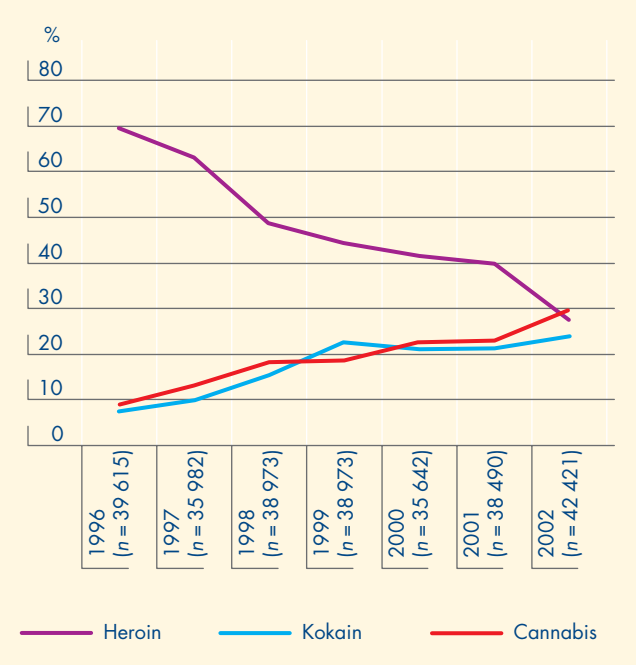
Den omstændighed, at stofbrugere normalt indtager flere forskellige former for psykoaktive stoffer, gør det vanskeligt at tegne et klart billede af de stoffer, for hvilke klienterne søger narkotikabehandling. Det er ofte vanskeligt at bestemme, i hvilken udstrækning en persons problemer har tilknytning til ét bestemt stof. I samtlige lande er blandingsbrug ofte forekommende blandt klienter i behandling, og mellem 40 % og 80 % af samtlige klienter angiver, at de bruger mindst ét yderligere sekundært stof. For mange personer er blandingsbrug normalt, og ofte kompliceres behandlingen yderligere af alkoholproblemer. Det må give anledning til bekymring, at der i mange lande synes at være et stigende antal problematiske blandingsbrugere.

Opiater

I de fleste lande er opiater (især heroin) fortsat det stof, som klienterne primært søger behandling for, og opiaterne tegner sig typisk for mellem 40 % og 90 % af alle behandlingsanmodninger. EU-landene kan groft sagt inddeles i tre grupper efter andelen af problematiske heroinbrugere blandt de personer, der er i behandling:

([119]) Se Behandling, tabel 5 i *Statistical Bulletin 2004*.
([120]) Se Behandling, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
([121]) Se figur 18 OL: Førstegangsbrugeres alder pr. hovedstof og Behandling, tabel 5 i *Statistical Bulletin 2004*.
([122]) Se figur 19 OL: Samtlige klienter efter uddannelsesniveau og Behandling, tabel 6 i *Statistical Bulletin 2004*.
([123]) Se figur 20 OL: Samtlige klienter efter beskæftigelsesstatus i *Statistical Bulletin 2004*.
([124]) Se figur 21 OL: Levevilkår (hvor) blandt alle klienter og levevilkår (med hvem) blandt alle klienter.

Figur 20: Andel af nye klienter, der behandles i narkotikabehandlingstjenester og angiver heroin, kokain eller cannabis som hovedstof, 1996-2002



Noter: Inkluderede lande: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI og SE (bortset fra, at FI mangler data for 1996-1997, DE mangler data for 2000).
Tallene er summeret for hvert år for de lande, der har fremlagt data.
Kilde: Nationale Reitox-rapporter 2003 — ST 03.

- Under 40 % — Tjekkiet, Ungarn, Finland, Sverige
- 40 %-70 % — Danmark, Tyskland, Spanien, Nederlandene, Slovakiet
- over 70 % — Grækenland, Italien, Litauen, Luxembourg, Slovenien, Det Forenede Kongerige.

Cannabis

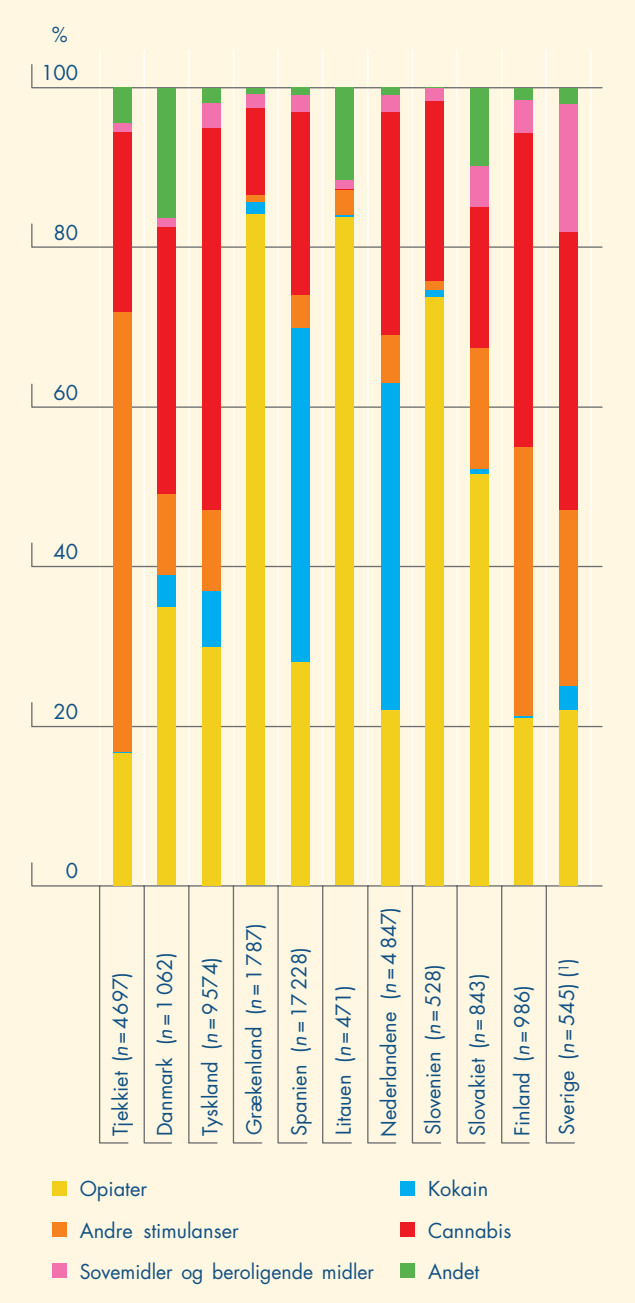
Generelt er cannabis det stof, der nævnes næsthyppigst i rapporterne om behandlingssøgende. Dette gælder især for nye klienter (figur 21), hvoraf næsten en tredjedel (29,5 %) angives at have et primært cannabisproblem. Andelen af personer, der søger behandling for cannabisbrug, varierer meget mellem landene ([125]). Anmodningerne om behandling for cannabisbrug behandles grundigt andetsteds (s. 82) i denne beretning.

Kokain

Kokain er det stof, der nævnes tredjehyppigst af klienter i narkotikabehandling, men der er markante forskelle mellem landene. F.eks. er der en meget lav eller slet ingen efterspørgsel efter behandling for kokainbrug i de nye medlemsstater. I de fleste andre lande angiver under 10 % af alle behandlingsanmodninger kokain som det primære stof, men procenttallet er højere, ca. 25 %, blandt nye klienter.

Under 8 % af de klienter, der søger behandling for kokainbrug, har angivet injektion som den normale indtagelsesmåde.

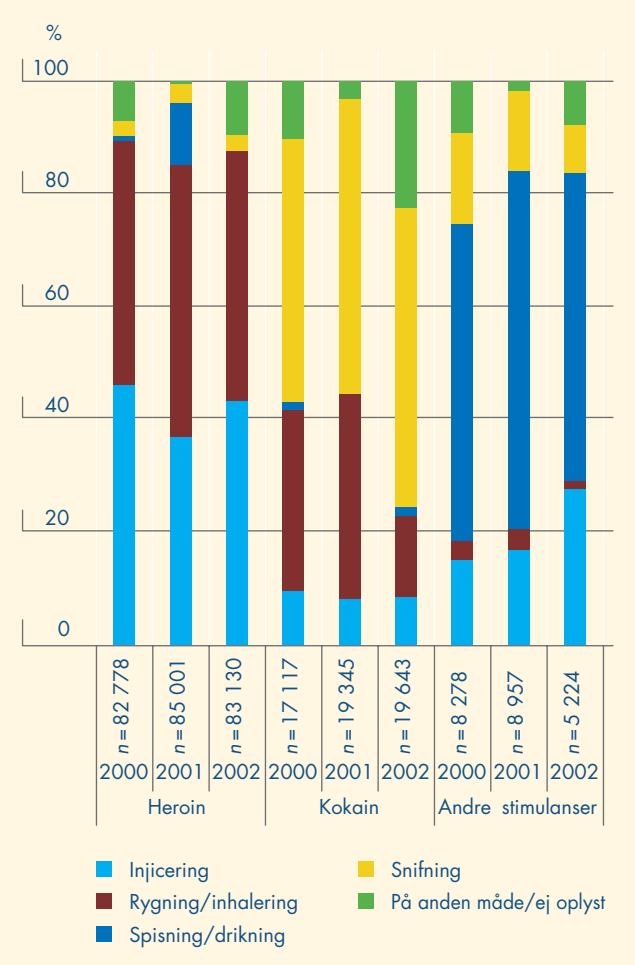
Figur 21: Nye klienter, der anmodede om behandling for deres stofbrug i 2002, pr. hovedstof



(1) Kun poliklinisk behandling.
Noter: Samlet antal tilfælde: 42 568.
Kilde: Nationale Reitox-rapporter 2003 — ST 03.

([125]) Se Behandling, tabel 10 og Behandling, tabel 11 i *Statistical Bulletin 2004*.

Figur 22: Fordeling af indtagelsesmåde for heroin, kokain og andre stimulanser blandt deltagere i poliklinisk behandling (2000-2002)



Noter: Der foreligger data for DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE og UK (der foreligger ingen data for 2002 for Irland).
Basistal for samlet antal, der har angivet indtagelsesmåde.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2001, 2002, 2003); TDI-data (2000, 2001, 2002) fra ambulatorier.

Andre stimulanser

Det er sjældent, at andre stimulanser end kokain angives som den primære årsag til at søge narkotikabehandling, undtagen i Tjekkiet, Finland og Sverige, hvor disse stimulanser tegner sig for mellem en fjerdedel og over halvdelen af alle de primære stoffer, der søges behandling for. I Tjekkiet vedrører over 50 % af indberettede anmodninger om behandling et primært metamfetaminproblem. Andre steder angives stimulanser mindre ofte som årsag til behandling, men de er dog nævnt i næsten 10 % af anmodningerne om behandling i Slovakiet, mens de tilsvarende procenttal er 7 % i Tyskland og 6 % i Danmark og 5 % Ungarn. I samtlige andre lande er andelen endnu lavere. Data fra 2002 viste ligeledes en stigning i antallet af stimulansbrugere, som angav injektion som indtagelsesmåde, nemlig fra 14 % i 2000 til 27 % i 2002, selv om denne gruppe fortsat er forholdsvis lille målt i absolutte tal (figur 22).

Kapitel 8
Kriminalitet og fængsler

Narkotikarelateret kriminalitet

Narkotikarelateret kriminalitet kan inddeles i følgende fire kategorier:

- psykofarmakologiske forbrydelser: forbrydelser begået under påvirkning af et psykoaktivt stof
- kompulsive berigelsesforbrydelser: forbrydelser begået for at skaffe penge (eller stoffer) til at støtte en narkotikavane
- systemiske forbrydelser: forbrydelser begået som en del af de illegale narkotikamarkeders funktion som led i illegale distributions- og forsyningsaktiviteter
- narkotikalovovertrædelser: forbrydelser, hvorved narkotikalovgivningen (og beslægtede lovgivninger) overtrædes.

På EU-plan foreligger der kun få data om de tre første kategorier, og de data, der foreligger, hidrører fra lokale ad hoc-undersøgelser, som normalt ikke gennemføres rutinemæssigt, og som det er vanskeligt at ekstrapolere ud fra.

»Indberetninger« ([126]) af narkotikalovovertrædelser (brug, besiddelse, handel, smugling osv.) afspejler ikke alene lovgivningsmæssige forskelle, men også de forskellige måder, hvorpå loven håndhæves og anvendes, samt prioriteringerne og de ressourcer, der af kriminalretlige institutioner er afsat til specifikke problemer. Dertil kommer, at informationssystemerne om narkotikalovovertrædelser varierer betragteligt fra land til land, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer og registreringspraksis, dvs. hvad der registreres, hvornår og hvorledes. Disse forskelle vanskeliggør sammenligninger mellem EU-lande.

I perioden 1997-2002 steg antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i de fleste EU-lande. Stigningerne var især markante (fordobling eller mere) i Tjekkiet, Estland, Litauen, Ungarn, Polen, Slovenien og Norge. Dog faldt antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i 2001 og 2002 i Italien og Portugal ([127]) og i 2002 i Estland ([128]), Irland, Letland, Slovenien og Finland.

I de fleste EU-medlemsstater vedrørte flertallet af indberettede narkotikalovovertrædelser stofbrug eller besiddelse til eget brug ([129]), nemlig mellem 52 % af alle narkotikalovovertrædelser i Finland og 90 % i Østrig. I Tjekkiet vedrørte 90 % af alle indberettede narkotikalovovertrædelser handel og smugling, mens alle narkotikalovovertrædelser i Italien og Spanien — hvor stofbrug og besiddelse til eget brug ikke er lovovertrædelser — vedrørte handel og smugling. Endelig vedrørte de fleste overtrædelser i Luxembourg, Portugal og Norge såvel stofbrug/narkotikahandel som narkotikasmugling ([130]).

I samtlige de lande, for hvilke der foreligger data, med undtagelse af Portugal, steg andelen af narkotikalovovertrædelser, der vedrørte stofbrug/besiddelse til eget brug i forhold til alle narkotikalovovertrædelser i femårsperioden 1997-2002 ([131]). Stigningstakten var generelt lav, men der kunne konstateres tydelige opadgående tendenser i Belgien, Luxembourg, og Slovenien. I Portugal begyndte andelen af brugsrelaterede lovovertrædelser at falde i 2000, ét år før afkriminaliseringen af stofbrug og besiddelse til eget brug (i juli 2001) ([132]).

([126]) Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser står i citationstegn, fordi det dækker over forskellige begreber i de forskellige lande (politirapporter over mistænkte narkotikalovovertrædere, sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivning mv.) Den nøjagtige definition for hvert land findes i *Statistical Bulletin 2004* (metodebeskrivelsen vedrørende definitioner af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser). (Udtrykket »arrestationer« er blevet benyttet i årsberetninger frem til 2001).

([127]) Nedgangen i antallet af »anmeldelser« for overtrædelse af narkotikalovgivningen i Portugal skyldes afkriminaliseringen i juli 2001 af brug/besiddelse for brug af narkotika.

([128]) Nedgangen i antallet af »anmeldelser« for overtrædelse af narkotikalovgivningen i Estland skyldes afkriminaliseringen i september 2002 af gentagen narkotikabrug og af besiddelse af små mængder narkotika til personlig brug.

([129]) Se Narkotikarelateret kriminalitet, tabel 2 i *Statistical Bulletin 2004*.

([130]) I Norge sondres der ikke mellem »narkotikahandel/-smugling« brugt alene og »stofbrug/narkotikahandel og -smugling«. De resterende narkotikalovovertrædelser vedrører alene »stofbrug«.

([131]) Se Narkotikarelateret kriminalitet, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.

([132]) Loven om afkriminalisering af stofbrug og besiddelse til eget brug blev vedtaget i november 2000 og trådte i kraft i juli 2001.

I de fleste medlemsstater er cannabis det illegale stof, der oftest er involveret i indberettede narkotikalovovertrædelser (tabel 4). I de lande, hvor dette er tilfældet, tegner cannabisrelaterede overtrædelser sig for mellem 34 % (Sverige) og 87 % (Frankrig) af samtlige narkotikalovovertrædelser. Heroin er det stof, der oftest er involveret i Litauen og Luxembourg, hvor det tegner sig for henholdsvis 15 % og 51 % af alle narkotikalovovertrædelser, mens størstedelen af de nederlandske overtrædelser involverer »hårde stoffer« ([133]).

Det enkelte stofs relative andel af alle brud på narkotikalovgivningen påvirkes af en række faktorer, herunder retshåndhævelsesmyndighedernes operationelle prioriteringer og eksplicitte eller implicitte strategiske afgørelser med hensyn til indsatsen mod de forskellige typer af narkotikalovovertrædelser.

Siden 1997 er andelen af narkotikalovovertrædelser, der involverer cannabis, steget i Tyskland, Spanien, Frankrig, Luxembourg, Ungarn og Portugal, mens andelen har været stabil i Belgien, Italien, Litauen, Nederlandene, Slovenien og Sverige. I Østrig steg andelen af cannabisrelaterede overtrædelser i forhold til alle narkotikalovovertrædelser frem til 1999, men har siden været faldende ([134]).

I samme periode faldt andelen af heroinrelaterede overtrædelser i samtlige de EU-lande, for hvilke der foreligger data ([135]), undtagen i Ungarn og Det Forenede Kongerige, hvor andelen voksede ([136]), og Litauen, hvor procenttallet har svinget siden 2000 ([137]). Den modsatte tendens kan observeres for kokainrelaterede overtrædelser, hvis andel af samtlige narkotikalovovertrædelser er steget siden 1997 i alle de lande, for hvilke der foreligger data, bortset fra Tyskland, Litauen, Luxembourg og Ungarn, hvor tendensen har været nedadgående ([138]).

Stofbrugere og fængsler

Stofbrugere i fængsel

Medlemsstaterne råder kun over få rutinemæssige oplysninger om arten af og mønsteret for stofbrug blandt indsatte. Mange af de data, der foreligger i EU, hidrører fra ad hoc-undersøgelser gennemført på lokalt plan ud fra stikprøver af indsatte, der varierer betragteligt i størrelse og med hensyn til udtagelsesmåde. Endvidere er de undersøgte fængsler ikke altid repræsentative for fængselssystemet som helhed, og det er i de fleste lande umuligt at foretage tendensanalyser, fordi undersøgelserne ikke gentages. Disse faktorer gør det meget vanskeligt at ekstrapolere resultaterne.

Tabel 4: Stof, der oftest er nævnt i »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge

Land	Noter	År	Andel (%)		
			Cannabis	Heroin	Kokain
Belgien		2002	67	8	7
Tjekkiet	(2)	2002	37	8	1
Danmark			e.o.	e.o.	e.o.
Tyskland	(2) (3)	2002	56	17	9
Estland			e.o.	e.o.	e.o.
Grækenland			e.o.	e.o.	e.o.
Spanien	(1) (4)	2002	52	7	33
Frankrig	(2)	2002	87	5	3
Irland	(2)	2002	65	9	6
Italien	(1) (4)	2002	42	27	28
Cypern			e.o.	e.o.	e.o.
Letland			e.o.	e.o.	e.o.
Litauen	(1)	2002	10	15	1
Luxembourg	(1)	2002	28	51	21
Ungarn	(2)	2002	66	16	2
Malta			e.o.	e.o.	e.o.
Nederlandene	(2) (5)	2002	37	58	
Østrig	(1)	2002	58	11	11
Polen			e.o.	e.o.	e.o.
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovenien	(1)	2002	82	10	2
Slovakiet			e.o.	e.o.	e.o.
Finland			e.o.	e.o.	e.o.
Sverige	(1) (7)	2001	34	7	2
Det Forenede Kongerige	(1)	2000	69	12	5
Norge			e.o.	e.o.	e.o.

e.o.: ej oplyst.
(1) Blandt alle nævnte stoffer (alene eller ej).
(2) Blandt hovedstoffer.
(3) Blandt alle lovovertrædelser fordelt på stoffer (for visse lovovertrædelser foreligger der ikke nogen fordeling på stoffer).
(4) Blandt lovovertrædelser vedrørende narkotikahandel/-smugling (idet stofbrug/besiddelse til eget brug ikke er kriminaliseret).
(5) Data under »heroin« henviser til »hårde stoffer« (defineres som rusmidler, der udgør en sundhedsrisiko for folkesundheden, såsom heroin, kokain, ecstasy, lsd). Visse overtrædelser omfatter såvel cannabis som »hårde stoffer« (og er ikke medtaget her, hvilket forklarer, hvorfor totalen er under 100 %.
(6) Denne andel er undervurderet, idet den repræsenterer overtrædelser vedrørende kun ét stof, f.eks. overtrædelser vedrørende cannabis (altså ikke overtrædelser vedrørende »cannabis + andre stoffer«).
(7) Blandt personer, der har fået pålagt en bøde af anklagemyndigheden, eller som er dømt ved en domstol.
Noter: For en nøjagtig definition for hvert land henvises til metodebeskrivelsen vedrørende definitioner af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser, *Statistical Bulletin 2004*.
Kilde: Nationale knudepunkter.

([133]) I Nederlandene defineres »hårde stoffer« som rusmidler, der udgør en sundhedsrisiko for folkesundheden, såsom heroin, kokain, ecstasy og lsd.
([134]) Se Narkotikarelateret kriminalitet, tabel 5 i *Statistical Bulletin 2004*.
([135]) Følgende lande har over tid opdelt narkotikalovovertrædelser efter stof: Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Italien, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Nederlandene (kun cannabis og »hårde stoffer«), Østrig, Portugal, Slovenien, Sverige og Det Forenede Kongerige (kun indtil 2000).
([136]) Der forelå kun data for Det Forenede Kongerige frem til 2000.
([137]) Se Narkotikarelateret kriminalitet, tabel 6 i *Statistical Bulletin 2004*.
([138]) Se Narkotikarelateret kriminalitet, tabel 7 i *Statistical Bulletin 2004*.

Sammenlignet med befolkningen som helhed er stofbrugere overrepræsenteret blandt fængselsindsatte. Langtidsprævalensen for stofbrug blandt indsatte varierer meget, nemlig fra 22 % til 86 %, mellem fængselspopulationerne, arresthusene og landene ([139]). Som tilfældet er i den brede befolkning, er cannabis det illegale stof, der hyppigst indberettes, og langtidsprævalensen blandt indsatte varierer fra 11 % til 86 %. Indsattes langtidsprævalens for kokainbrug (og crackbrug) ligger mellem 5 % til 57 %, mens tallet for heroinbrug varierer fra 5 % til 66 %.

I EU ligger udbredelsen af regelmæssig stofbrug eller afhængighed før fængslingen på mellem 8 % og 73 % ([140]).

Fængsler: en folkesundhedsmæssig udfordring

Selv om en del indsatte kan betragte fængslingen som en mulighed for at gribe fat i narkotikaproblemet, kan dette være vanskeligt at gennemføre i praksis (Long mfl., 2004).

De fleste stofbrugere reducerer eller standser deres stofbrug ved indsættelsen i fængslet, men nogle af de indsatte fortsætter deres sædvanlige stofbrug, mens andre begynder at bruge stoffer i fængslet. Undersøgelser har vist, at mellem 8 % og 60 % af alle indsatte siger, at de har brugt stoffer i fængslet, mens 10 %-36 % angiver, at de regelmæssigt har brugt stoffer ([141]).

Mange indsatte har kun begrænset adgang til sundhedstjenester, og sundhedsprofessionelle, som arbejder i fængsler, har kun lidt kontakt med det almindelige sundhedssystem. Hertil kommer, at de ofte ikke kan få efteruddannelse, hvilket forværrer fængselssundhedstjenesternes isolation. Disse problemer er vanskelige at overvinde, jf. situationen i Irland, hvor der trods fængselsmyndighedernes og sundhedspersonalets bestræbelser for at forbedre stofbrugeres adgang til behandling og sundhedstjenester kun er få tegn på forbedringer.

Der er ved at udvikle sig en ny tendens til at flytte ansvaret for fængselssundhedstjenesterne fra fængselsvæsenet til det nationale sundhedsvæsen. En for nyligt vedtaget spansk lov, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (lov, der skal sikre større sammenhæng i det nationale sundhedssystem), tager sigte på at opfylde kravene om integrering af fængselssundhedssystemet og det offentlige sundhedssystem. I Estland er det Justitsministeriets mål i samarbejde med socialministeriet at få integreret fængselssundhedsplejen i det almindelige sundhedsplejesystem inden 2006. I Frankrig fik Sundhedsministeriet overdraget denne opgave helt tilbage i 1994. I Italien har lokale sundhedstjenester været ansvarlige for pleje og behandling af indsatte siden 2000. I England og Wales henhører fængselssundhedstjenesten under Sundhedsministeriets ansvarsområde, henholdsvis Wales' nationalforsamling (indenrigsministeriet (home office) har ansvaret for fængsler i den private sektor i begge regioner). Før 2006 vil sundhedsplejen i samtlige ikke-privatiserede fængsler i England blive en del af National Health Service ([142]).

Smitsomme sygdomme i fængsler og forebyggelsen heraf

Langtidsprævalensen for stofbrug blandt indsatte angives normalt som liggende mellem 15 % og 50 %, men visse undersøgelser viser større udsving, nemlig fra 1 % til 69 %.

Når der foreligger sammenlignelige data, viser det sig, at unge lovovertrædere er mindre tilbøjelige til at bruge sprøjter end voksne, og at kvindelige indsatte er mere tilbøjelige til at bruge sprøjter end mænd ([143]). Ud fra en række EU-undersøgelser har Bird og Rotily (2002) vist, at ca. en tredjedel af de voksne mandlige indsatte er intravenøse stofbrugere. Ifølge data fremlagt af Reitox-knudepunkterne har mellem 0,2 % og 34 % af alle indsatte ([144]) brugt stoffer intravenøst, mens de har været i fængsel. Dette rejser spørgsmål om adgang til sterilt sprøjteudstyr og hygiejnisk delingspraksis blandt de indsatte. Hvis disse spørgsmål ikke løses, opstår problemet med den potentielle spredning af smitsomme sygdomme.

Fængselsmiljøet er et miljø, der har høj risiko for spredning af sådanne sygdomme. Blandt de foranstaltninger, der har vist sig velegnet til at reducere forekomsten af smitsomme sygdomme, er behandlingen af seksuelt overførte sygdomme, udlevering af kondomer, substitutionsbehandling, vaccinationsprogrammer samt nåle- og sprøjtebytteprogrammer.

Substitutionsbehandling tilbydes stadig oftere i fængslerne. I Belgien, Danmark, Spanien, Østrig og Slovenien tilbydes substitutionsbehandling i alle fængsler. Belgien, Danmark, Luxembourg og Norge tillader indsatte at påbegynde substitutionsbehandling, mens de er indsat. I Italien tilbydes substitutionsbehandling normalt personer, der sidder varetægtsfængslet. I de fleste tyske delstater, Nederlandene,

([139]) Se Fængsel, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.
([140]) Se Fængsel, bilag i *Statistical Bulletin 2004*.
([141]) Se Fængsel, tabel 3 i *Statistical Bulletin 2004*.
([142]) Se tabel 10 OL: Nyere narkotikastrategier for fængsler, ministerielle bekendtgørelser og servicestandarder i EU og Norge.
([143]) Se Fængsel, tabel 2 i *Statistical Bulletin 2004*.
([144]) Se Fængsel, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.

Slovenien og i fængslerne i de større byer i Italien er der mulighed for gennem medicinering gradvis at reducere substitutionsbehandlingen, indtil fuldstændig afholdenhed opnås. I Det Forenede Kongerige findes vedligeholdelsesprogrammer især velegnede for varetægtsfængslede eller personer, der afsoner korte straffe.

Irlands National Immunisation Committee anbefalede i 2002 et særligt program for hepatitis B-vaccination. Programmet omfatter tre på hinanden følgende ugentlige injektioner og en revaccination efter 12 måneder, hvilket sikrer 99 % beskyttelse efter 13 måneder (Zuckerman, 2003).

En gennemgang af 14 internationale undersøgelser af effektiviteten af nåle- og sprøjtebytteprogrammer i fængselsmiljøer har vist, at sådanne programmer er mulige og medfører en reduktion af såvel højrisikoadfærd som blodbåren smitte uden negative følger som f.eks. nåleskader eller bevidst brug af nåle som våben mod fængselspersonale eller andre indsatte (Dolan mfl., 2003). I 2002 blev der gennemført nåle- og sprøjtebytteprogrammer i 27 fængsler i Spanien, og 12 970 sprøjter blev udleveret, uden at der blev rapporteret om problemer.

Selv om et stigende antal fængsler i Spanien tilbyder nåle- og sprøjtebyttefaciliteter, er sådanne programmer blevet afbrudt i de tyske delstater Hamburg og Niedersachsen (Stöver og Nelles, 2003). Der er dog stadig et nåle- og sprøjtebytteprogram i gang i ét kvindefængsel i Tyskland (Berlin) (Weilandt, personlig meddelelse, 2004). I Josefstadt-fængslet i Wien er et pilotprojekt under forberedelse, og i Luxembourg er det hensigten at forsyne indsatte stofmisbrugere med injektionsudstyr som et led i sundhedsplejeprogrammet ([145]).

Alternativer til fængsling for stofbrugende lovovertrædere

Alternativer til fængsling vil blive gennemgået som et udvalgt aspekt i næste års årsberetning, der vil indeholde en grundig og detaljeret gennemgang af sådanne foranstaltninger i EU. Dette års årsberetning vil derfor behandle et specifikt aspekt af alternative straffe for stofbrugere.

Nye initiativer: narkotikadomstole og mediering mellem offer og gerningsmand

Narkotikadomstole er en del af de nye strukturer, visse lande har udviklet for at håndtere stofbrugere, der har begået en ikke-voldelig lovovertrædelse. Narkotikadomstolene udsætter dommene og inddrager personer, der traditionelt ikke er involveret i narkotikabehandling (dommere, anklagere og andre lovhåndhævere) i processen. Tanken er gennem behandling og presset fra det strafferetlige system at forhindre lovovertræderen i at vende tilbage til dette system og til stofbrugen. Narkotikadomstole er blevet etableret i Irland og Skotland, hvor de strafferetlige systemer er baseret på common law. I andre EU-lande, der har en borgerlig lovbog, eksisterer narkotikadomstole strengt taget ikke, men der har udviklet sig tilsvarende initiativer.

I den tyske delstat Baden-Württemberg blev der i 2003 iværksat et projekt for unge lovovertrædere (»En udvej«), der kan sammenlignes med narkotikadomstole. Projektet var et resultat af en alliance mellem politi, anklagemyndighed, dommere, kriminalforsorg, narkotikarådgivningstjenester samt nøgleaktører fra tre retskredse (Baudis, 2004). I Milano er der iværksat et program (»Behandling betaler sig«), der involverer byretten i tæt samarbejde med de lokale misbrugs- og sundhedstjenester. Her henvises stofafhængige lovovertrædere til behandling samme dag, som dommen falder.

I evalueringen af Dublins narkotikadomstol (Farrell, 2002) blev det konkluderet, at der var stærke formodninger om, at narkotikadomstolen med tiden ville give udgiftsbesparelser for retssystemet. Justitsministeriet har udvidet det område i Dublin, hvor narkotikadomstolen har kompetence.

Efter en gennemgang af internationale narkotikadomstoles udvikling og effektivitet konkluderede Pompidou-gruppen i 2003, at indførelsen af en terapeutisk narkotikadomstol bør bygge på et påvist behov og kræver politisk støtte, samarbejdsmekanismer på tværs af instanserne samt passende strukturstøtte/økonomisk støtte i en garanteret periode på mindst fem år (Moyle, 2003).

»Restorative justice« (genoprettende i modsætning til gengældende retfærdighed) anvendes stadig oftere for at fremskynde strafforfølgningen af ikke-voldelige lovovertrædere (hvoraf en stor del er stofbrugere). Dette er i den offentlige interesse, idet det reducerer omkostningerne ved at behandle småforbrydelser i overbebyrdede strafferetlige systemer. En af de væsentligste nyskabelser er udenretslig mediering. Medieringssystemet har til formål at bilægge tvister mellem ofre og gerningsmænd og løse konflikter i forbindelse med straffesager.

I Nederlandene giver politiet førstegangsovertrædere i alderen 12-18 år mulighed for at give deres ofre oprejsning gennem mediering. I Tjekkiet blev en prøveløsladelses- og medieringstjeneste etableret i 2000 med børn, unge og stofbrugere som vigtigste målgrupper. Tjenesten registrerede 29 291 sager i 2002, hvoraf 765 involverede narkotikarelaterede lovovertrædelser.

([145]) Se tabel 11 OL: Sociale og sundhedsmæssige tjenester målrettet mod stofbrugere i EU's fængsler i 2002.

Udvalgte aspekter 1

Evaluering af »nationale narkotikastrategier« i Europa

Evalueringsmetoder

Mange lande har for nylig vedtaget en »national narkotikastrategi« ([146]). I dette afsnit vil der blive fokuseret på planerne for evaluering af disse strategier. En sådan evaluering er for første gang blevet mulig på europæisk plan takket være det arbejde, de nationale knudepunkter har udført i årets løb. Dette arbejde har hjulpet med at afklare de evalueringsreferencer, der findes i de »nationale narkotikastrategier«, og som ikke altid er lige forståelige og klare.

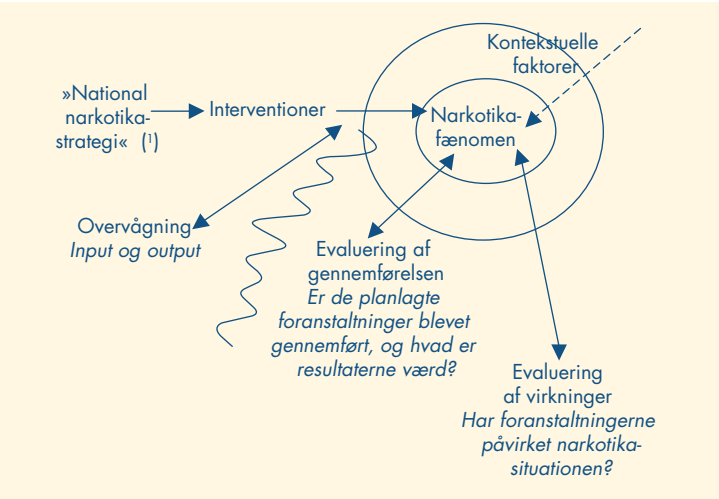
Foranstaltningerne til evaluering af EU's »nationale narkotikastrategier« kan inddeles i tre hovedgrupper: 1) overvågning, dvs. rutinemæssig indsamling af data om narkotikafænomenet, reaktionerne herpå samt de trufne foranstaltninger, 2) evaluering af gennemførelsen, dvs. vurdering af den merværdi, der skabes ved initiativerne og de bevillinger, der er afsat i narkotikastrategien, og 3) evaluering af virkninger (ofte kaldet effektivitetsvurdering), dvs. en bedømmelse af resultaterne (effekt på kort sigt) og virkningerne ([147]) (effekt på længere sigt) af de tiltag på narkotikaområdet, der (i hvert fald delvis) er et resultat af den nationale narkotikastrategi (figur 23) ([148]).

Med hensyn til de forskellige landes evalueringsmetoder er den væsentligste sondring sondringen mellem overvågning af narkotikastrategien og evaluering af gennemførelsen og/eller virkningerne.

Begreberne overvågning og evaluering er ikke altid klart defineret i de nationale narkotikastrategier, og det er derfor vigtigt at kende forskellen. Overvågning er en kontinuerlig og systematisk proces, der genererer rutinemæssige kvantitative og kvalitative data om narkotikafænomenet og de tiltag, der er iværksat for at håndtere problemet. Ved overvågning kan man få regelmæssige tilbagemeldinger om gennemførelsen af aktiviteter (om input: hvilke ressourcer der er brugt, og output: hvilke foranstaltninger der er blevet gennemført, hvornår og af hvem). Overvågning giver imidlertid ikke altid oplysninger om en strategis virkninger eller svar på, hvorfor en aktivitet opfylder eller ikke opfylder målene. Selv om et overvågningssystem ofte kan give oplysninger om ændringer i de forskellige aspekter af narkotikafænomenet og om de foranstaltninger, der træffes for at bekæmpe narkotikaproblemet, er man normalt ikke i stand til gennem overvågning at afgøre, om disse ændringer er en direkte følge af de gennemførte foranstaltninger (årsagssammenhæng).

Årsagssammenhænge og andre komplicerede videnskabelige spørgsmål analyseres ved evaluering (tabel 5), dvs. en »bedømmelse af værdien af et offentligt indgreb« (i dette tilfælde en national narkotikastrategi) »med henvisninger til kriterier« (relevans, omkostningseffektivitet, virkninger) »og udtrykkelige standarder« (kvalitet, kvantitet) (definition fra Europa-Kommissionen, 1999). Dette forudsætter normalt grundige undersøgelser. Evaluering indebærer derfor 1) bevis, baseret på kvalitetsdata, dvs. data, der er indsamlet

Figur 23: Evalueringsniveauer i »nationale narkotikastrategier«



(1) Udtrykket »narkotikastrategi« inkluderer tillige eventuelle tilsvarende handlingsplaner, som strategien udmøntes i.

([146]) Defineret i kapitel 1, s. 17.

([147]) For nemheds skyld skal udtrykket »evaluering af virkningerne« forstås som evaluering af såvel resultater som virkninger, to vidt forskellige videnskabelige begreber, der normalt sondres mellem i den relevante litteratur.

([148]) En samlet evaluering burde inkludere en vurdering af omkostningseffektiviteten, hvor man groft sagt måler omkostningerne ved at opnå resultaterne og virkningerne. Men kun for Spanien foreligger der data om dette aspekt (jf. nedenfor).

Tabel 5: Almindeligt anvendte evalueringsbegreber (metoder til evaluering af strukturaktioner (MEANS))

Samlet evaluering	Evaluering af en intervention i dens helhed
Sammenhæng	Er interventionens rationale selvmodsigende? Er interventionen i modstrid med andre interventioner med tilsvarende mål?
Relevans	Er målene for interventionen relevante i forhold til de behov, der skal opfyldes, og de problemer, der skal løses?
Konsistens	Maksimeres/minimeres de positive/negative følger for andre økonomiske, sociale eller miljømæssige politikområder?
Nytte	Svarer virkningerne til de behov, der skal opfyldes, og de problemer, der skal løses?
Effektivitet	Opnås de fastsatte mål?
Omkostningseffektivitet	Opnås de ønskede virkninger til en rimelig pris?
Analyse af omkostningseffektiviteten	Evalueringsværktøj til vurdering af omkostningseffektiviteten
Costbenefit-analyse	Værktøj til vurdering af fordelene ved interventionen for hele den berørte gruppe ud fra den monetære værdi, der tillægges alle konsekvenserne af interventionen
Output	Hvad der finansieres og opnås (eller konkretiseres) med de midler, der er tildelt en intervention
Virkninger	Konsekvenser, der direkte berører adressaterne, efter at de har afsluttet deres deltagelse i en intervention eller efter anlæg af fællesfaciliteter, eller en indirekte konsekvens, som berører andre adressater, der kan være vindere eller tabere

Kilde: Europa-Kommissionen, 1999.

videnskabeligt (overvågning og grundige undersøgelser), for at der er en årsagsforbindelse mellem gennemførelsen af en politik og en ændring i det fænomen, der undersøges, og 2) en værdibaseret bedømmelse af de opnåede virkninger, som på længere sigt skal kædes sammen med en beslutningsproces.

I praksis hænger begrebet »evaluering« uløseligt sammen med »overvågning«, men selv om de to begreber i visse dokumenter behandles som synonymer, må man ikke glemme, at overvågning ikke er det samme som evaluering (selv om overvågning er en del af evalueringen).

I Det Forenede Kongerige blev den opdaterede nationale narkotikastrategi offentliggjort i 2002 efter en omfattende revision, som tog højde for evidensgrundlaget, herunder evalueringer af udbuds- og efterspørgselskomponenterne. Den nationale narkotikastrategi bliver »overvåget«, »fulgt« og »resultatstyret«, men ikke »evalueret« (Det Forenede Kongeriges nationale rapport, s. 106). I Norge tilstræbes det med den nye handlingsplan for narkotika og alkohol at udvikle et system til måling af, om planens mål og delmål opnås (Norges nationale rapport, s. 65). I Tjekkiet definerer den nationale narkotikastrategi for 2001-2004 mål og formål, succesindikatorer samt værktøjer til bedømmelse af omkostningseffektiviteten for hver søjle i strategien. Opgaveløsningen overvåges regelmæssigt, men strategien er endnu ikke blevet systematisk evalueret ud fra de fastlagte succesindikatorer og under anvendelse af de definerede evalueringsværktøjer. En af årsagerne hertil kan være de store omkostninger ved eksterne evalueringer (Tjekkiets nationale rapport, s. 114). Ifølge den nye danske handlingsplan skal en række specifikke aktiviteter løbende »evalueres« (Danmarks nationale rapport, s. 67). I Ungarn og Polen indeholder de nationale narkotikastrategier forslag til, hvorledes der kan følges op på opgaveløsningen (de nationale Reitox-rapporter), mens der i Slovenien, selv om den nye nationale strategi indebærer »løbende evaluering af gennemførelsen«, hidtil ikke er foretaget nogen evaluering (Sloveniens nationale rapport, s. 61). I Litauen vil den nationale narkotikastrategi (2004-2008) blive gennemført i en udstrækning, »der svarer til landets økonomiske muligheder« (Litauens nationale rapport, s. 35). Og i Estland omfatter den nye nationale narkotikastrategi »overvågnings- og evalueringselementer og en definition af resultatindikatorerne« (Estlands nationale rapport, s. 86).

I Finland og Sverige (Finlands nationale rapport, s. 113; og Sveriges nationale rapport, s. 75-76) lægges der i de nationale narkotikastrategier større vægt på at overvåge gennemførelsen af strategien end på at evaluere dens virkninger. I Sverige er narkotikakoordinatoren, der blev udpeget i 2002, ansvarlig for, at der følges op på den nationale handlingsplan (i årlige rapporter). Også i Finland er det planen gennem forskning at finde frem til benchmarks, ud fra hvilke narkotikaforvaltningen kan overvåge og evaluere sine aktiviteter. Luxembourgs nationale knudepunkt har meddelt, at resultaterne af planen for 2000-2004 vil blive evalueret i 2005 med henblik på at

fastlægge yderligere og fremtidige strategier (Luxembourgs nationale rapport, s. 94). I Tyskland gøres der i handlingsplanen for bekæmpelse af stofbrug og -afhængighed (2002) for første gang forsøg på at fastlægge praktiske mål og kriterier, der kan anvendes for at fastslå, om indgrebene er en succes eller en fiasko (Tysklands nationale rapport, s. 101), mens Italiens treårige program for 2002-2004 tager sigte på at fremme evaluering I forbindelse med forebyggelse og social integration.

Blandt de lande, der fremlægger en evaluering enten af gennemførelsen af den nationale narkotikastrategi eller af strategiens effektivitet, kan nævnes Grækenland, Spanien, Frankrig, Irland og Portugal. I den spanske og den græske strategi henvises der til »effektivitetsbedømmelse«. Ifølge Spaniens nationale niårsstrategi skal dennes generelle og specifikke gennemførelse evalueres midtvejs gennem forløbet, nemlig i 2003, samt i 2008. Formålet er at »forbedre effektiviteten og omkostningseffektiviteten af de offentlige politikker« (Spaniens nationale rapport, s. 85) ved at måle kvantiteten og kvaliteten af de udbudte tjenester. I lighed hermed henviser Grækenlands nye handlingsplan om narkotika (2002) til en ekstern evaluering af politikkernes generelle effektivitet, som eventuelt vil kunne foretages ud fra EU-indikatorer og internationale indikatorer (Grækenlands nationale rapport, s. 110).

Ifølge Frankrigs, Irlands og Portugals nationale narkotikastrategier skal der gennemføres en generel ([149]) og en sektorspecifik evaluering og i visse tilfælde også en effektivitetsbedømmelse (Irlands nationale rapport). Men de foreliggende data viser, at de hidtidige evalueringer faktisk har været mere en evaluering af gennemførelsesgraden end en bedømmelse af strategiens effektivitet. I Frankrig omfattede evalueringen af den treårige handlingsplan 1999-2002 (gennemført af Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) fra 2000-2003) såvel en »generel evaluering« som en evaluering af fem prioriterede programmer ([150]). Evalueringen gik ikke så langt som til at bedømme de trufne foranstaltningers virkninger for den generelle narkotikasituation. I Irland nævner den nationale narkotikastrategi »en uafhængig evaluering af effektiviteten af strategiens generelle ramme inden udgangen af 2004« (National Drugs Strategy 2001-2008: Building on Experience, s. 111). Det lader dog til, at evalueringen vil omfatte en undersøgelse af, hvorvidt narkotikastrategien er blevet gennemført, og hvorvidt de strategiske mål er nået, snarere end en komplet vurdering af strategiens virkninger for stofbrugen. I Portugal indeholder narkotikastrategien en bestemmelse om »en ekstern uafhængig evaluering af dens generelle og sektorspecifikke gennemførelse« (Portugals nationale rapport, s. 65). Der meldes ligeledes om en intern evalueringsproces.

I de medlemsstater, der ikke har en national narkotikastrategi i snæver betydning, har der i de senere år kun været ringe interesse for at foretage en generel evaluering, selv i lande, som har tradition for at evaluere specifikke narkotikaprojekter. F.eks. i Nederlandene, hvor forskning, overvågning og evaluering traditionelt er et led i narkotikapolitikken, er der indført en ny (2002) »statslig styrestrategi«, som tager sigte på at vejlede offentlige administrative instanser (inklusive dem, der beskæftiger sig med sundhedspleje og narkotika) i deres arbejde (Nederlandenes nationale rapport, s. 83-84). I Østrig er hverken provinsernes planer (bortset fra nogle foreløbige evalueringer i Vorarlberg) eller den generelle narkotikapolitik blevet evalueret, selv om den narkotikarelaterede overvågning er blevet væsentligt forbedret i de senere år (Østrigs nationale rapport, s. 63). I de resterende lande (Cypern, Letland, Malta og Slovakiet samt Bulgarien, Rumænien og Tyrkiet) foreligger der ikke

Tabel 6: Kendetegn ved evalueringen af visse nationale strategier

	»National narkotikastrategi«	Rækkevidde af evalueringen	Mål for evalueringen	Evalueringsfrister
Grækenland	Handlingsplan 2002-2006	Generel og specifik	Effektivitet	Ingen
Spanien	National narkotikastrategi 2000-2008	Generel og specifik	Effektivitet og omkostningseffektivitet	2003-2008
Frankrig	Treårsplan til bekæmpelse af narkotika og afhængighed, 1999-2001	Generel og specifik	Gennemførelse	2002
Irland	National narkotikastrategi 2001-2008: Building on Experience	Generel og specifik	Gennemførelse	2004-2008
Portugal	Den nationale strategi for bekæmpelse af narkotika 1999; handlingsplan 2000-2004	Generel og specifik	Gennemførelse	2004

([149]) Generel evaluering: evaluering af en intervention i dens helhed (tabel 5).

([150]) De regionale aftaler om 1) sundhedsmæssige og juridiske mål, 2) den tværministerielle erhvervsuddannelsespolitik, 3) de regionalpolitiske programmer til forebyggelse af afhængighed, 4) specialiserede enheders opsøgende eksperimenter med henblik på at skaffe generelle sundhedsydelser til personer, der udviser tegn på afhængighed, samt 5) risikobegrænsningsprogrammer i Paris' 18. arrondissement.

tilstrækkelige oplysninger til at kunne rapportere om evalueringen af nationale narkotikastrategier (hvis sådanne overhovedet findes).

Forudgående evaluering, midtvejsevaluering og efterfølgende evaluering

I vejledningen i evaluering af EU's aktiviteter (Europa-Kommissionen, 2003) anføres fire hovedgrunde til at foretage evalueringer: 1) at bidrage til interventionernes udformning, 2) at forbedre interventionens kvalitet, 3) at fremme en effektiv ressourcetildeling (dvs. omkostningseffektivitet) og 4) at aflægge rapport om resultaterne af interventionen (dvs. kontrollérbarhed). Vejledningen beskriver endvidere de tre evalueringsfaser: forudgående, midtvejs- og efterfølgende.

Forudgående evaluering foretages før gennemførelsen, angiveligt for at vurdere behovet for en indsats eller for at fastsætte baseline. Forudgående evaluering nævnes i de nationale narkotikastrategier som revisionsprocesser ledet af parlamentariske udvalg eller regeringsudvalg og danner grundlaget for en række nationale narkotikastrategier (Belgien, Tyskland, Spanien, Irland, Portugal, Sverige).

I Spaniens, Irlands og Portugals nationale narkotikastrategier nævnes midtvejsevalueringer som et værktøj til løbende justering af interventioner og mål. »Løbende« justeringer er ikke begrænset til lande, som har en egentlig evalueringsproces. Også lande, der har indført overvågningssystemer, melder om sådanne justeringer, som giver pålidelige oplysninger, der kan hjælpe med at tilpasse og omforme fremtidige aktioner. Der er således egentlig tale om en værdibedømmelse, som typisk forbindes med evalueringer. Igen anvendes overvågning og evaluering i flæng.

Efterfølgende evalueringer omfatter hele interventionsperioden, normalt med særligt fokus på de endelige resultater af interventionen, med det formål at skaffe input til fremtidige aktioner. Der gennemføres efterfølgende evalueringer i Frankrig, hvor den endelige evaluering af den franske handlingsplan har til formål at gennemgå interventioner og mål med henblik på en ny narkotikaplan, mens Spanien, Irland og Portugal har planer om sådanne evalueringer i 2008.

Når der er tale om narkotika, er formålet med evalueringsprocessen altid at forbedre kvaliteten af eksisterende interventioner og udformningen af nye interventioner. Det må dog formodes, at når den ene narkotikastrategi afløser den anden, smelter de forudgående og efterfølgende evalueringer sammen, hvilket giver en cyklisk proces, hvor de endelige resultater af den tidligere strategi giver input til den fremtidige strategi (figur 24).

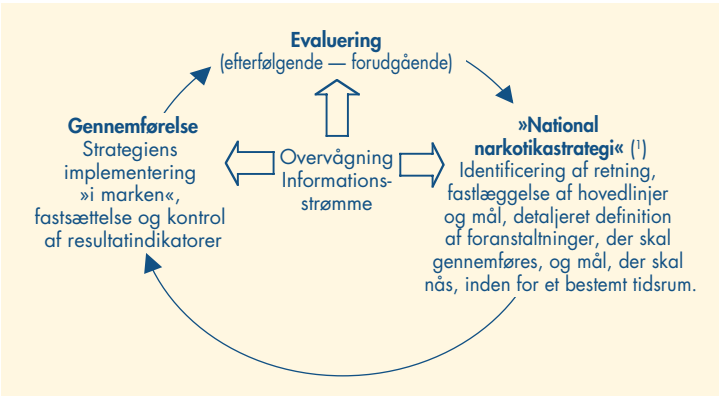
Aktører i evalueringerne

Et andet væsentligt punkt, der dækkes i de nationale narkotikastrategier, er, om de ansvarlige for evalueringerne bør findes internt i organisationen eller skal være eksterne. Der kan findes eksempler på begge dele, og de har hver deres fordele og ulemper.

Interne evaluatorer har et bredere kendskab til strukturer og kommunikationsmekanismer, er fortrolige med organisationen og med det emne, der gennemgås, og har let adgang til datakilder. De kan dog være tilbøjelige til at søge at retfærdiggøre manglende opfyldelse af mål, ligesom de er mindre villige til at fremsætte bemærkninger eller foreslå ændringer, der kan betragtes som en trussel mod organisationen. Eksterne evaluatorer må derimod formodes at tegne et mere objektivt og pålideligt billede, idet de ikke er involveret i organisationen, men de kan have større vanskeligheder ved at få adgang til informationskilder, ligesom der er risiko for, at de forsøger at tilfredsstille kunden ved at fremlægge så gode resultater som muligt. Hertil kommer, at eksterne evaluatorer ofte er dyre. Valget står således mellem på den ene side en bedre forståelse af problemet og større mulighed for at opnå objektive informationer, og på den anden side større objektivitet og evalueringserfaring.

De fleste medlemsstater synes at gå ind for en blanding af de to muligheder. I Irland vil midtvejsevalueringen af den nationale narkotikastrategi blive gennemført i 2005 af eksterne konsulenter under ledelse af en tværsektoriel styregruppe. I Portugal vil internt personale og eksterne

Figur 24: Evaluering som en cyklisk proces



(1) Udtrykket »narkotikastrategi« inkluderer tillige eventuelle tilsvarende handlingsplaner, som strategien udmøntes i.

konsulenter være ansvarlige for evalueringen af handlingsplanen for 2000-2004, og i Frankrig har eksterne evaluatorer og internt OFDT-personale stået for forskellige aspekter af evalueringen af den treårige handlingsplan. I Spanien er det personale, der er knyttet til den nationale narkotikaplan (PNSD), i gang med midtvejsevalueringen (2004), mens den græske plan skal evalueres eksternt. I Sverige vil det nationale folkesundhedsinstitut evaluere folkesundhedspolitikken ved at måle en række forskellige livsstilsvariabler. Et af målene for politikken (nr. 11) er at reducere brugen af tobak og alkohol, opnå et samfund uden illegale stoffer og doping og mindske ludomaniens skadelige virkninger.

I alle de lande, hvor der foretages evalueringer, synes den nationale koordineringsinstans at være den myndighed, der er ansvarlig for tilrettelæggelsen og gennemførelsen af evalueringen, nemlig den tværministerielle mission (MILDT) i Frankrig, PNSD i Spanien, Institut for narkotika og narkotikaafhængighed (IDT) i Portugal, narkotikadirektoratet i Irland, narkotikakoordineringskontoret i Sverige og som annonceret i den belgiske »strategi« for 2001, den generelle narkotikaenhed i Belgien, når den engang påbegynder sit arbejde. Inden for disse instanser er narkotikaovervågningscentrene, der normalt er de nationale Reitox-knudepunkter, ansvarlige for fremskaffelsen af de oplysninger og data, der er nødvendige for evalueringen, og undertiden også teknisk ansvarlige for evalueringen.

Mål og indikatorer

Et spørgsmål, der ofte rejses, er, i hvilken udstrækning man kan måle virkningerne af foranstaltninger, der gennemføres i medfør af en national narkotikastrategi. Såvel de internationale som de nationale narkotikastrategier henviser nemlig til meget »generelle mål« som f.eks. »nedbringelse af risiciene for narkotikabrugere« og »et stoffrit samfund« samt til »praktiske mål« som f.eks. »forøgelse af antallet af behandlingssteder« og »etablering af en narkotikakoordineringsinstans«. Både de »generelle« og de »praktiske« mål kunne med fordel gøres mere specifikke. De generelle mål er et vigtigt grundlag for de nationale narkotikapolitikker, som viser en bestemt retning, men er vanskelige at måle. De praktiske mål forudsætter kvalitative og kvantitative initiativer, hvilket indebærer, at de er lettere at måle.

Eksperter og fagfolk er enige om, at hvis en strategi skal kunne evalueres videnskabeligt, skal målene være klare, utvetydige og målelige, ligesom der skal sondres mellem »generelle« og »praktiske« mål, uden at forbindelsen mellem disse dog må gå tabt. »Praktiske mål« skal nemlig betragtes som et middel til at stramme op på de »generelle mål«. Der bør endvidere indføres resultatindikatorer for at gøre det muligt at bedømme, i hvilken udstrækning målene er opfyldt. For tiden opfylder kun få nationale narkotikastrategier disse kriterier.

Omkostningseffektivitet

Kun få nationale strategier gør noget særligt ud af costbenefitanalyser og analyser af omkostningseffektivitet. En undtagelse er den spanske strategi, hvor det anføres, at man ved evalueringen af den nationale strategi også vil forsøge at måle omkostningseffektiviteten af den offentlige politik. Selv om budgetter og omkostninger er de offentlige forvaltningers ansvarsområde, er der på narkotikaområdet (jf. sidste års årsberetning, EONN, 2003b) en generel mangel på viden om de samlede omkostninger ved de offentlige interventioner. Denne form for analyse betragtes normalt som underordnet og er kun medtaget i få forskningsaktiviteter.

Evalueringsvanskeligheder

Blandt forskere anerkendes det, at det er yderst vanskeligt at afgøre, om en narkotikapolitik er effektiv eller ej. Eksperter og fagfolk advarer om vanskelighederne ved at evaluere virkningerne af en offentlig politik, fordi en offentlig politik er kompleks på grund af de mange niveauer, den føres på, og fordi der hele tiden skal tages hensyn til årsag og virkning. Det kan nemlig være vanskeligt at finde en årsagsforbindelse mellem en narkotikapolitik og politikkens resultater og virkninger, fordi der er så mange interventioner og virkninger, der skal måles, og på grund af de eventuelle eksterne faktorer, der griber forstyrrende ind og påvirker virkeligheden (f.eks. socioøkonomiske vilkår, subkulturer). Visse forskningsresultater tyder på, at narkotikafænomener muligvis afhænger mere af adfærdsmæssige og samfundsmæssige faktorer end af politiske indgreb.

Endvidere kan stofbrugs ulovlige karakter være en alvorlig hindring for dataindsamlingen, som er afgørende for enhver evalueringsproces, hvilket bevirker, at mange væsentlige aspekter af narkotikafænomenet ikke belyses. Evalueringer på narkotikaområdet må derfor være nøje gennemtænkt, og evalueringsresultaterne må fortolkes med forsigtighed.

Konklusion

Af de gennemgåede data synes det at fremgå, at »nationale narkotikastrategier« normalt opfatter evaluering

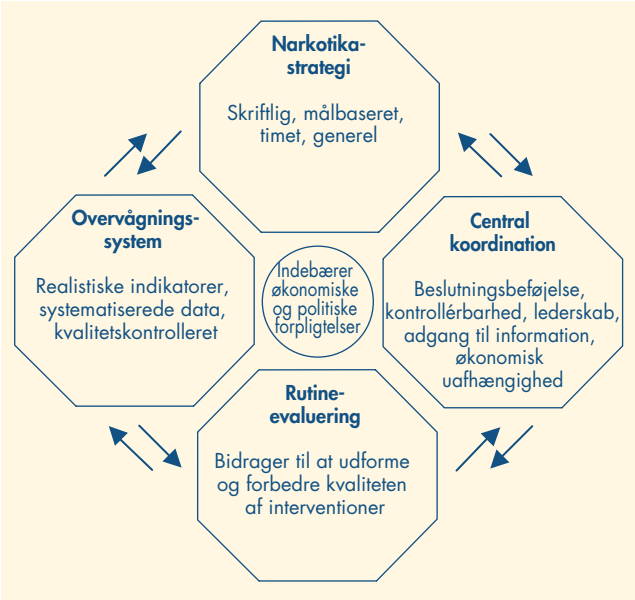
som en måling og eventuelt vurdering af gennemførelsen — fremskridt, resultater og endog fiaskoer — og ikke som en evaluering af virkningerne for den generelle narkotikasituation. Dette er en væsentlig konklusion. De fleste af de lande, der har haft narkotikaproblemer i mange årtier, er nu i stand til (eller villige til) gennem deres overvågningssystemer at gøre det muligt at måle narkotikafænomenet og virkningerne af deres bestræbelser. Narkotikapolitikker kan således anses for at være mere kontrollérbare end nogensinde før, hvilket i sig selv er et væsentligt fremskridt.

Enkelte lande er gået endnu videre og har meddelt, at de ud over at udvikle overvågningssystemer vil evaluere gennemførelsen af den »nationale narkotikastrategi«, hvorved de mener, at de vil foretage en videnskabelig undersøgelse for at vurdere strategiens værdi eller hele eller en del af strategiens mangel på værdi. Foreløbig har der dog ikke været tegn på videnskabelig evaluering af virkningerne af de generelle nationale narkotikastrategier.

Generelt er det de lande, som har en mere struktureret tilgang til narkotikapolitikken, dvs. som har en skriftlig, målbaseret og generel »national narkotikastrategi«, en central koordineringsmekanisme med ideelt en national koordinator og et solidt overvågningssystem, der angiver, at de råder over en mere sofistikeret evalueringsproces (figur 25). Det synes, som om eksistensen af en mere struktureret tilgang, i sig selv et tegn på økonomisk og politisk engagement, er en forudsætning for en mere avanceret evaluering af en national narkotikastrategi, men denne hypotese bør naturligvis bekræftes ved yderligere forskning.

Spredningen af overvågnings- og vurderingskulturen har øget kendskabet til narkotikaproblemet i EU og skabt grundlag for mere kvalificerede beslutninger. Evaluering anerkendes nu fuldt ud i de nuværende narkotikastrategier som afgørende for kontrollérbarheden, resultaterne og den økonomiske forsigtighed. Mange narkotikaprojekter og specifikke narkotikainterventioner indeholder allerede et element af evaluering, og hvis denne tendens spreder sig til alle vigtige politiske tiltag på narkotikaområdet, vil dette gradvis bidrage til målingen af effektiviteten af de nationale narkotikastrategier i Europa.

Figur 25: Vigtigste kendetegn ved en struktureret narkotikapolitisk løsning



Udvalgte aspekter 2

Baggrund for cannabisproblemerne — Hvorfor stiger behandlingsefterspørgslen i Europa?

Indledning

Udtrykket »cannabis« dækker forskellige produkter, der stammer fra cannabis- eller hampeplanten (*Cannabis sativa* L.), en etårig plante, der oprindelige stammer fra Centralasien, og som nu vokser i mange tempererede og tropiske dele af verden. De mange forskellige *Cannabis sativa*-sorter har lige så mange forskellige biologiske og kemiske karakteristika. På det europæiske narkotikamarked findes tre former for illegal cannabis: »cannabisblade«, som består af de tørrede blomsterhoveder, stængler og blade fra planten, »cannabisharpiks«, det tørrede brune eller sorte sekret fra blomsterhovederne, der normalt sælges som sammenpressede blokke, men også kan findes i pulverform, og den meget sjældnere »cannabisolie«, som er en klistret, tyktflydende væske.

Menneskers brug af cannabis går langt tilbage i tiden, og stoffet er til tider blevet anvendt af forskellige samfund som en vigtig kilde til fibre til fremstilling af klæde og reb, en hjælp til udførelse af religiøse ritualer, en urtemedicin og et rusmiddel. Cannabis er i dag det mest producerede, smuglede og brugte illegale stof i verden (UNODC, 2003a). Trods stoffets lange historie og aktuelle popularitet er vort kendskab til de folkesundhedsmæssige følger af cannabisbrug fortsat begrænset. I den senere tid er der kommet stadig flere beviser for en mulig forbindelse mellem cannabisbrug, især intensiv cannabisbrug, og en række sundhedsmæssige og sociale problemer. Den tilsyneladende stigning i antallet af cannabisbrugere, som søger hjælp hos specialiserede narkotikatjenester, giver ligeledes anledning til voksende bekymring. Dog er omfanget og arten af de problemer, der findes i gruppen af europæiske cannabisbrugere, stadig uklare. Det er også uklart, om de statistiske oplysninger om øget behandlingsefterspørgsel afspejler ændringer i indberetnings- og henvisningspraksis eller stigninger i antallet af personer, der har behov for hjælp. For at besvare disse spørgsmål må vi sætte efterspørgslen efter cannabisbehandling i relation til de ændrede forbrugsmønstre i Europa, udviklingen af indberetningssystemerne og endog ændringer i selve stoffets karakter. Disse spørgsmål bliver behandlet i dette særlige afsnit om baggrunden for cannabisproblemerne, som har til formål at fremme en mere kvalificeret debat om de mulige folkesundhedsmæssige følger af denne form for illegal stofbrug, som er den mest almindelige.

Retlig sammenhæng: cannabis' retlige status i Europa

Der er i EU en del uenighed om, hvilke retlige sanktioner der skal anvendes over for cannabisbrugere ([151]), og medlemsstaterne forholder sig til dette spørgsmål på mange forskellige måder.

Cannabisekstrakter er klassificeret som narkotiske midler i liste I og IV i De Forenede Nationers enkeltkonvention af 1961 om narkotiske midler ([152]). Ifølge konventionen skal der vedtages foranstaltninger, der kan sikre, at en lang række aktiviteter — inklusive besiddelse af narkotiske midler — kan straffes. Medlemsstaterne skal dog fortolke og anvende konventionen under hensyntagen til forholdene i deres egne lande, og i artikel 36, stk. 1, litra b), gives der følgende muligheder: »behandling, uddannelse, efterbehandling, revalidering og social reintegration«.

I praksis betyder dette, at cannabisrelaterede lovovertrædelser i EU håndteres på vidt forskellige måder. Visse lande har udstedt retningslinjer for anklagemyndigheden eller retlige kodekser, som beskriver, hvorledes bestemte typer cannabisrelaterede overtrædelser bør håndteres, idet det ofte anbefales at forfølge mindre overtrædelser og større overtrædelser forskelligt. Og i nogle lande er der ved at opstå en tendens til, at man vælger terapeutiske foranstaltninger som et alternativ til strafforfølgning i sager om brug og besiddelse af små mængder stoffer, hvor der ikke er nogen skærpende omstændigheder. Eventuelt indeholder straffeloven en bestemmelse om (skønsmæssig eller tvungen) suspension af retsforfølgningen, såfremt lovovertræderen underkaster sig rådgivning eller behandling. Selv om disse alternativer normalt gælder for brugere af alle stoffer, nævner Belgiens og Det Forenede Kongeriges lovgivninger eller retningslinjer efter ændringer foretaget inden for det seneste år nu

([151]) Se *European Legal Database on Drugs (ELDD)*: websted: http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml

([152]) Se: http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm

udtrykkeligt problematiske cannabisbrugere med det formål at få flere af dem i behandling.

Fysiske, psykologiske og udviklingsmæssige problemer i forbindelse med cannabisbrug ([153])

I medlemsstaternes nationale rapporter påpeges det, at stigningen i antallet af anmodninger om cannabisbehandling formentlig afspejler en stigning i antallet af problemer, der særlig er knyttet til intensiv cannabisbrug. Det skal dog bemærkes, at der stort set ikke foreligger nogen systematiske og sammenlignelige data om cannabisbrugeres problemer. Videnbasen på dette område er stadig under udvikling, men giver dog allerede nu stadig mere overbevisende dokumentation for en sammenhæng mellem cannabisbrug og en række problemer, selv om årsagsforbindelsen ikke altid er klar. En oversigt over litteraturen om problemerne i forbindelse med cannabisbrug er tilgængelig online (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Det er vigtigt at sondre mellem de akutte (kortvarige) virkninger af cannabis og de kroniske virkninger, der opstår på længere sigt. En række såvel positive som negative akutte virkninger er blevet indberettet. De negative virkninger omfatter uopmærksomhed og koncentrationsvanskeligheder, ugunstig påvirkning af motorikken (reflekser, koordination), problemer med korttidshukommelsen, angst- og panikanfald samt depression. Af positive virkninger kan nævnes eufori, afslapning og øget sociabilitet. De akutte virkninger af stoffet, der bekymrer mest, er kortvarige cannabisfremkaldte psykoser eller alvorlige panikanfald, større risiko for ulykker, især under kørsel eller i farlige arbejdsmiljøer, og blandt unge den negative indflydelse på skoleresultaterne (Hall mfl., 2001).

Det er af en række grunde vanskeligt at få en forståelse af cannabis' kroniske effekter, ikke mindst fordi det er vanskeligt at adskille cannabisvirkningerne fra virkningerne af en kronisk brug af andre illegale stoffer, tobak og alkohol. Mest bekymrende er dog bl.a. en stigning i risikoen for at få lungecancer og andre åndedrætssygdomme og en sammenhæng med udviklingen af psykiske sygdomme på langt sigt, herunder depressive sygdomme, psykoser og skizofreni. Et andet problem ved kronisk brug er den mulige udvikling af afhængighed. Spørgsmålet, om det af dokumentationen fremgår, at cannabisbrug er en risikofaktor, en kausalfaktor eller blot en tilknyttet faktor, hvor tilknytningen opstår i et komplekst samspil med problemerne, behandles nærmere i en onlinepublikation.

I de fleste medlemsstater er cannabis det illegale stof, der oftest er involveret i anmeldte narkotikalovovertrædelser, hvilket ikke er overraskende, da det også er det hyppigst anvendte stof ([154]). I modsætning til andre stoffer som f.eks. heroin synes der dog ikke at være nogen stærk forbindelse mellem cannabisbrug og andre former for lovovertrædelser.

Cannabisbrug og måling af problemerne

Selv om de aftalte internationale diagnosticeringskriterier er nyttige med henblik på en definition af skadelig stofbrug, misbrug og afhængighed, opstår der problemer, når cannabis anskues på baggrund af tilgængeligt europæisk bevismateriale ([155]). Navnlig er der betydelig uenighed om væsentlige målingsproblemer. F.eks. er der uenighed om definitionen af begreber som f.eks. »intensiv brug«, »regelmæssig brug« og »problematisk brug«, og dette gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne af forskellige undersøgelser. Endvidere er der ofte i stikprøveundersøgelser gjort forsøg på at måle befolkningens »afhængighed« og »misbrug« som defineret af ICD eller DSM. Også her ville et sæt standardværktøjer gøre det muligt at foretage overbevisende sammenligninger af data fra forskellige undersøgelser eller af de forskellige befolkningsgrupper.

Der sker dog noget på dette område. F.eks. har en igangværende fransk undersøgelse til formål at finde en bedre definition af problematisk brug og udvikle specifikke værktøjer til måling af brugshyppighed, opfattet risiko samt psykologiske og fysiske virkninger (Beck, 2003).

Hidtil er brugsintensitet især blevet målt på, hvor mange dage i en bestemt periode stoffet har været i brug. Daglig eller næsten daglig brug af cannabis betragtes normalt som en indikator for »intensiv brug«. Selv om daglig cannabisbrug ikke nødvendigvis indebærer afhængighed, vil en væsentlig del af de daglige brugere sandsynligvis blive betragtet som afhængige ud fra standardkriterierne for diagnosticering (ICD-10, DSM-IV). Brugshyppigheden er forholdsvis let at måle ved hjælp af standardspørgeskemaer, og derfor er denne indikator medtaget i EONN's retningslinjer for det europæiske modelspørgeskema. For

([153]) I første halvår 2005 vil der blive udgivet en særlig monografi om cannabisbrug og beslægtede problemer. Specifikke oplysninger om de sundhedsmæssige og fysiske virkninger af cannabis kan findes på EONN's websted.

([154]) Se Narkotikarelateret kriminalitet, tabel 5 i *Statistical Bulletin 2004*.

([155]) Den internationale klassifikation af sygdomme, 10. udgave (ICD-10, Verdenssundhedsorganisationen), nr. F10-F19, giver en definition af »afhængighed« og »skadelig brug«: psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af brug af psykoaktive stoffer. Et andet værk, der også anvendes hyppigt, er *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. udgave) (DSM-IV, American Psychiatric Association), som benytter begreberne »afhængighed« og »misbrug«.

tiden indberetter ni lande hyppigheden af cannabisbrug i denne form ([156]).

Tendenser i efterspørgslen efter behandling for cannabisproblemer

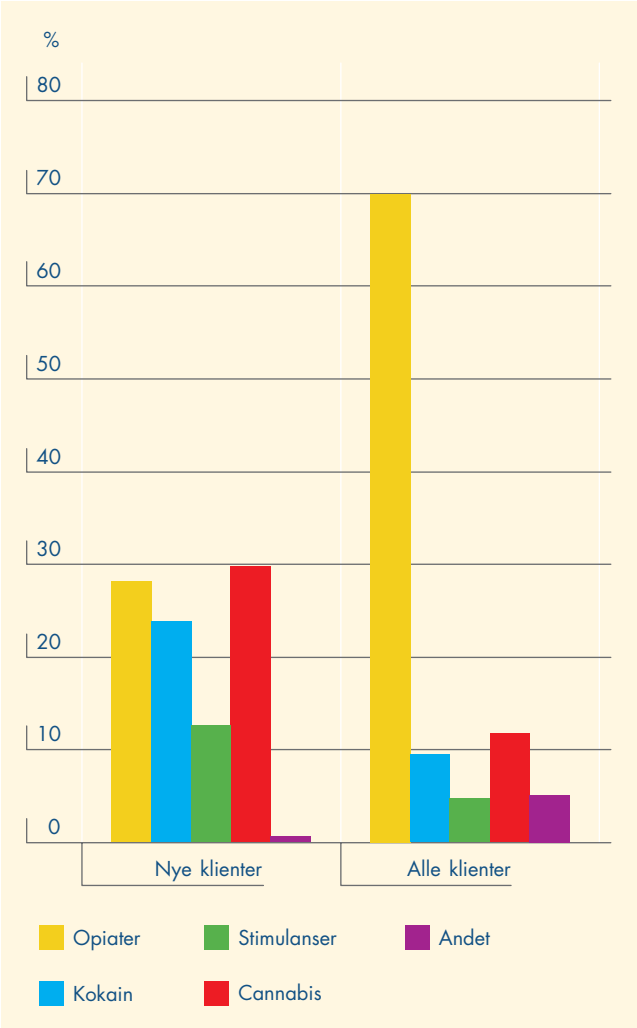
Cannabis er det illegale stof, der bruges mest i Europa, men kun en lille andel af de personer, der har brugt stoffet, søger behandling. Alligevel er cannabis nu i mange lande det næsthyppigst indberettede primære stof, for hvilket der modtages særlig narkotikabehandling. Ifølge TDI-data (treatment demand indicator) (se s. 65) indsamlet fra alle former for specialiserede behandlingstjenester, er ca. 12 % af alle klienter og 30 % af de klienter, der først lige er kommet i behandling, registreret som havende et primært cannabisproblem (figur 26).

Andelen af nye klienter (dvs. dem, der ikke tidligere har modtaget behandling), der søger behandling for cannabisbrug, varierer meget fra land til land, nemlig fra næsten nul i Litauen til næsten halvdelen (48 %) i Tyskland, men normalt er andelen større end en femtedel (20 %) (figur 27).

Det er imidlertid ikke alle lande, der kan fremvise data om ny efterspørgsel efter behandling, og inden for rammerne af hele datasættet vedrørende efterspørgsel efter behandling fremstår cannabisproblemerne mindre tydeligt.

Ifølge TDI-data fra lande, for hvilke der foreligger tendensdata, steg antallet af nye klienter, der søgte behandling for cannabis som primært stof, mellem 1996 og 2002 fra 3 713 til 12 493. Som et gennemsnit for de 11 lande, for hvilke der foreligger data, udgjorde sådanne klienter i 2002 29 % af alle nye klienter, mod 9 % i 1996 (se figur 20 for datakilder). Skønt alle disse lande bortset fra Grækenland og Det Forenede Kongerige ([157]) melder om en stigning i nye cannabisklienters andel af alle nye klienter, varierer stigningen fra 6 % i Nederlandene til 31 % i Tyskland. Af oplysningerne i de nationale Reitox-rapporter synes det at fremgå, at også antallet af personer, der modtager behandling for primært cannabisbrug, er stigende i nogle af de nye medlemsstater (figur 28). En nylig gennemgang af anmodninger om cannabisbehandling, som det nederlandske informationssystem for alkohol og narkotika (LADIS) har udført, viser, at 29 % af de nye klienter, der kom i behandling i 2002, havde cannabisproblemer, og at cannabisklienter repræsenterer et lille, men hvert år voksende antal personer. Af rapporten fremgår det tillige, at i betragtning af udbredelsen af cannabisbrug i

Figur 26: Rapporterede hovedstoffer blandt nye og alle klienter i behandling i 2002



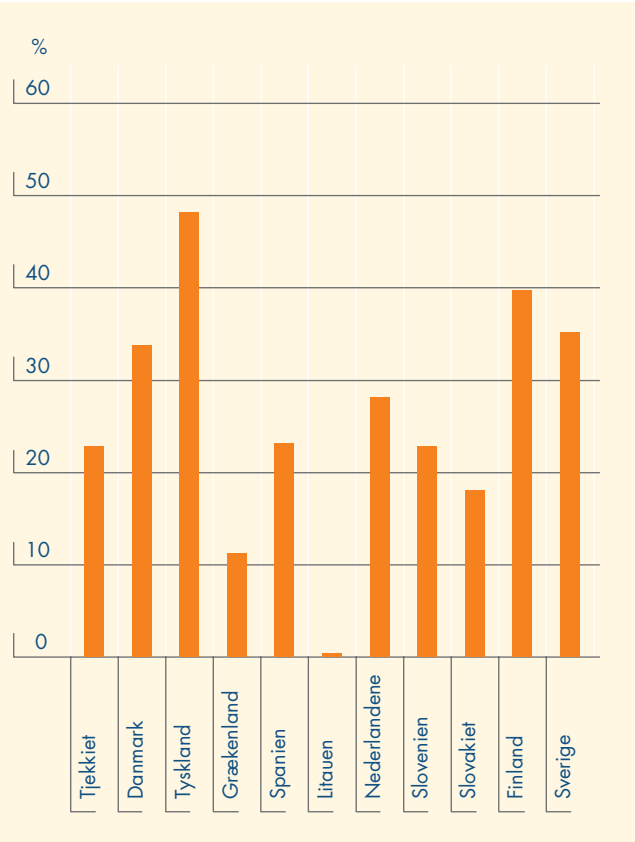
Noter: n = 42 568 (nye klienter), 351 372 (alle klienter).
Inkluderede lande (nye klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, FI, SE.
Inkluderede lande (alle klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Vægtet efter antal klienter pr. land.
Kilde: National Reitox-rapport 2003.

Nederlandene er andelen af brugere, der søger behandling, stadig forholdsvis lille, omend voksende.

Man skal være varsom med at generalisere ud fra de konsoliderede europæiske data. Der foreligger kun længdedata om nye behandlingsanmodninger for 11 lande. Det skal ligeledes påpeges, at den stigning i efterspørgslen efter cannabisbehandling, TDI-dataene viser, er kraftigt påvirket af data fra Spanien og Tyskland, hvor der har været særligt store stigninger i antallet af indberetninger af primære cannabisproblemer. Desuden tegner Spanien sig alt i alt for ca. 50 % af alle indberettede behandlingsanmodninger.

([156]) Grækenland, Spanien, Frankrig, Irland, Italien, Letland, Nederlandene og Portugal. Data for Finland fremlægges ikke på grund af det lille antal »seneste måned«-brugere i den finske undersøgelse (35). Antallet af tilfælde og procenttallene for hvert land vises i Behandling, tabel 1 i *Statistical Bulletin 2004*.
([157]) Der foreligger ikke data om nye klienter for Det Forenede Kongerige, og oplysningerne er indberettet i de nationale rapporter.

Figur 27: Cannabis som rapporteret hovedstof blandt nye klienter, der anmodede om behandling i 2002



Noter: Samlet antal tilfælde: 42 421.
Kilde: Nationale Reitox-rapporter 2003 — ST 03.

Stigningen i efterspørgslen efter cannabisbehandling er ikke begrænset til Europa. I USA, hvor der anvendes et andet system for registrering af narkotikabehandling ([158]), steg antallet af personer, der kom i behandling for marihuanabrug fra ca. 20 000 i 1992 til næsten 90 000 i 2000 (SAMHSA, 2001; EONN, 2003d).

Med hensyn til implikationerne af den stigende efterspørgsel efter cannabisbehandling rejser der sig følgende væsentlige spørgsmål:

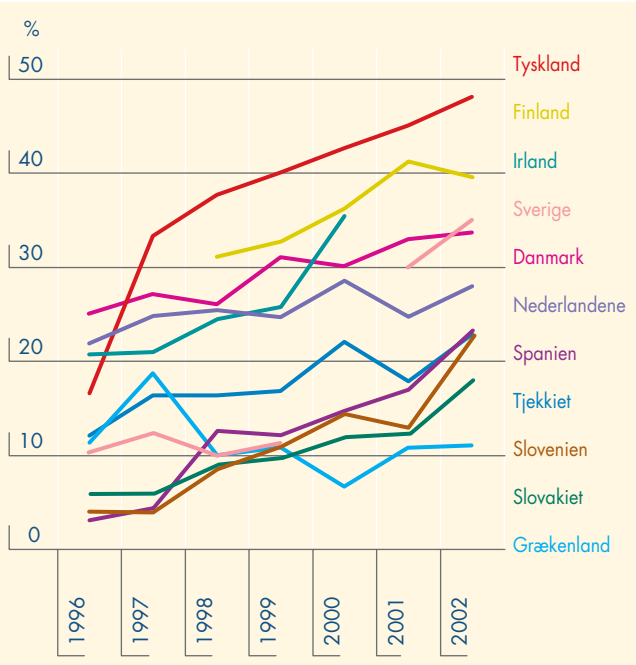
- Indebærer denne konstatering en stigning i antallet af personer med fysiske og psykologiske problemer som følge af deres cannabisbrug? I bekræftende fald,
  - — skyldes dette en stigning i den regelmæssige intensive brug af cannabis?
  - — afspejler det andre faktorer som f.eks. en mulig stigning i stoffets styrke?
- Kan stigningen forklares ved andre faktorer end et øget behov for hjælp som f.eks.:
  - — forbedringer i indberetningssystemets dækning
  - — udvidelse af de former for behandlingsfaciliteter, der er til rådighed, og især specifikke behandlingstjenester for unge og meget unge (nationale Reitox-rapporter, 2003)
  - — ændringer i måden, hvorpå det strafferetlige system, skolerne eller de organisationer, der arbejder med unge, behandler cannabisbrug, således at antallet af henvisninger til behandling for personer, der ellers ikke spontant ville have søgt hjælp, stiger.

Det er vigtigt at forstå, i hvilket omfang hver af disse faktorer påvirker antallet af behandlinger. Første skridt er at se på, hvad der kendetegner de personer, der kommer i behandling og registreres som havende et primært cannabisproblem. Analysen skal baseres på de personer, der behandles som dagpatienter eller ambulant.

Cannabisklienter: kendetegn og brugsmønstre

Henvisningen af stofbrugere til behandling kan ske gennem flere kanaler. Der sondres mellem stofbrugere, der har

Figur 28: Tendenser for cannabis som rapporteret hovedstof blandt nye klienter, der er kommet i behandling (1996-2002) (generel tendens)



Noter: Behandling i alt (% af alle klienter).
Gennemsnitlige tendens (%) i de enkelte lande.
For Sverige gælder tallene for perioden 1996-1999 sygehusbehandling: Antallet af cannabistilfælde er dermed forholdsvis lavt sammenlignet md andre år.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — ST 03.

([158]) I USA registreres ikke enkeltpersoner, men antallet af personer, der kommer i behandling. Endvidere er alkohol i modsætning til i Europa medtaget som misbrugsstof. Se SAMHSA-webstedet (http://www.samhsa.gov); bemærk, at i USA, Canada og Australien anvendes udtrykket »marihuana«, fordi udtrykket »hash« (cannabisharpiks) ikke er almindeligt.

henvist sig selv, og stofbrugere, som har fået en henvisning fra andre instanser som f.eks. sociale eller strafferetlige instanser. De fleste cannabisklienter henvises til behandling af familien og venner, sociale tjenester eller det strafferetlige system. I forhold til brugere af andre stoffer er der færre cannabisklienter, der henviser sig selv til behandling ([159]). Et lignende billede tegner sig i USA og Canada, hvor efterspørgslen efter behandling for primær marihuanabrug sjældent hidrører fra brugerne selv (EONN, 2003d).

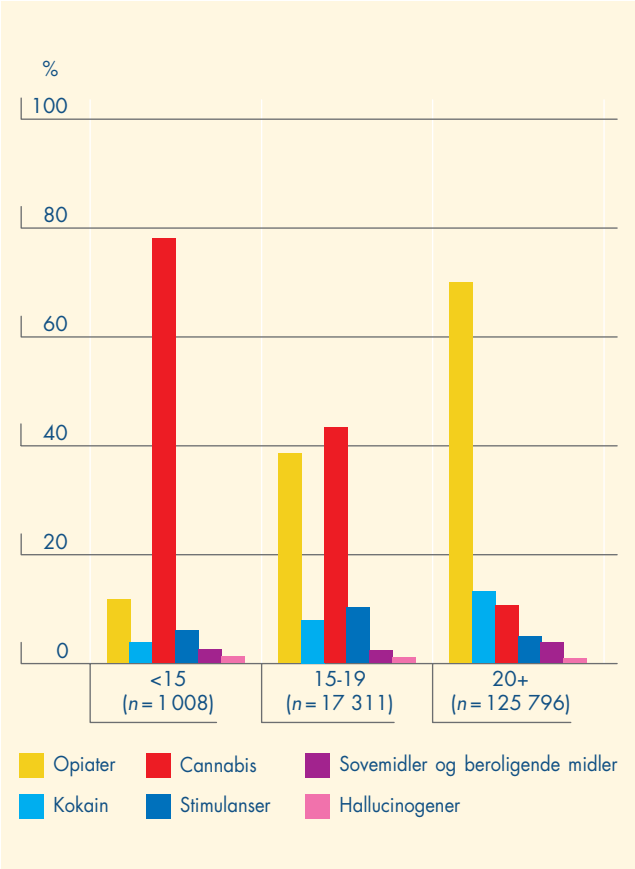
En væsentlig forskel mellem de forskellige henvisningskanaler er, at de personer, der henvises af familiemedlemmer eller sociale tjenester (ofte skoler), typisk er yngre, ofte ikke bruger andre stoffer ved siden af cannabis, og er mere socialt integreret, hvorimod klienter henvist af de retlige myndigheder eller klassificeret som selvhenviste har tendens til at være ældre og ofte bruger andre stoffer ud over cannabis (nationale Reitox-rapporter, 2003). I Tyskland og Finland, der har de højeste procentdele af primære cannabisklienter, er det ofte de retlige myndigheder og skolerne, der henviser cannabisklienter til behandling.

Cannabisklienter, der er nye i behandlingssystemet, er primært unge mænd (83 %) med en gennemsnitsalder på 22-23 år, mens andelen af mandlige klienter er lavere og den samlede gennemsnitsalder højere, hvis der er tale om andre stoffer. Hvad angår næsten 80 % af de nye klienter, der klassificeres som »meget unge« (under 15 år), og 40 % af dem på 15-19 år, er det primært cannabisbrug, der søges behandling for (figur 29) ([160]). Disse grupper har også en overvægt af mænd, men andelen af kvinder er større end for den samlede klientgruppe. Forskellene i alders- og kønsfordelingen efter land følger stort set de samme mønstre som dem, der er fundet blandt alle klienter.

Cannabisklienters forholdsvis unge alder afspejles i den store andel (45 %), der stadig er under uddannelse, mod kun 8 % af de klienter, der behandles for problemer med andre stoffer. Yderligere 24 % af de personer, der behandles for cannabisproblemer, er i fast arbejde, og der er en lige så stor andel arbejdsløse ([161]), hvilket står i skarp kontrast til klienter, der bruger stoffer som f.eks. heroin. Endvidere angiver cannabisklienter oftere, at de har fast bolig, end klienter, der behandles for problemer med andre stoffer ([162]), hvilket afspejler, at mange af dem er unge, studerende og bor med deres forældre.

Brugsmønstrene blandt klienter, der behandles ambulant for primær cannabisbrug, varierer væsentligt og er helt

Figur 29: Nye klienter, der er kommet i behandling for cannabis i en række lande (1996-2002) (landetendenser)



Noter: Alle klienter. Inkluderede lande: DK, DE, EL, ES, FI, SE, LU, HU, UK. Af alle klienter under 20 år, som behandles for cannabisbrug, står mænd fra Danmark og Det Forenede Kongerige for 56 %, med yderligere 17 % fra Spanien.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003. TDI-ambulatorier.

forskellige fra mønstrene for andre stoftyper, især opiater (figur 30). Blandt klienter i behandling for et primært cannabisproblem i 2002 var kun 36 % daglige forbrugere af stoffet, og kun 17 % brugte cannabis mere end én gang om ugen (to-seks gange om ugen), 15 % brugte stoffet én gang om ugen eller mindre, og 28 % var lejlighedsvise brugere eller havde ikke brugt cannabis inden for den seneste måned. Derimod er 84 % af de opiatbrugere, der er i behandling, daglige brugere.

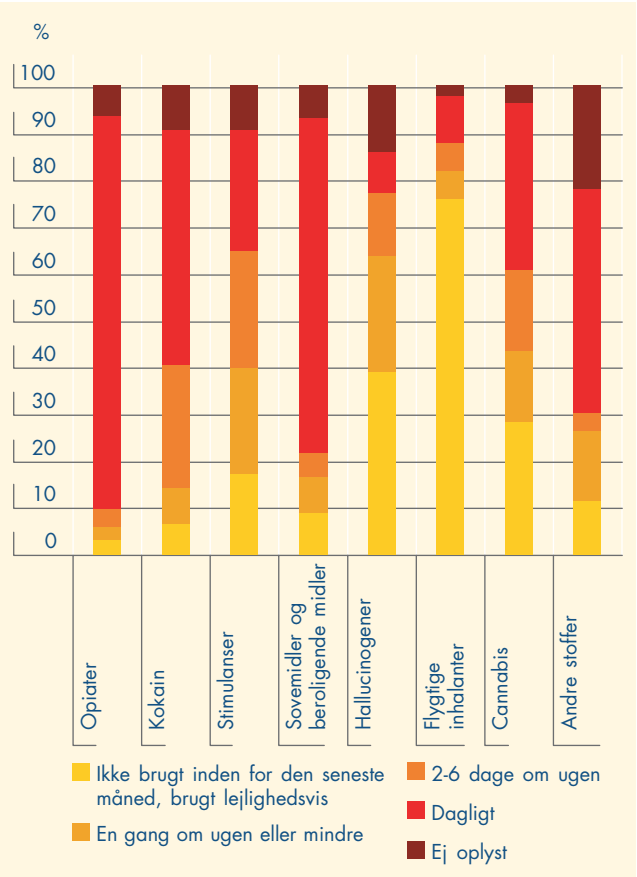
Andelen af daglige cannabisbrugere blandt de klienter, der behandles ambulant, varierer mellem landene. Nederlandene og Danmark angiver den højeste andel af daglige cannabisbrugere (henholdsvis 80 % og 76 %), mens Tyskland angiver den højeste andel af lejlighedsvise brugere (41 %) ([163]).

([159]) Se figur 22 OL: Kilder til henvisning for alle klienter: for alle stoffer og for cannabis.
([160]) Se også Behandling, tabel 4 i *Statistical Bulletin 2004*.
([161]) Se figur 23 OL: Beskæftigelsesstatus blandt cannabisklienter og alle klienter.
([162]) Se figur 24 OL: Levevilkår blandt cannabisklienter og alle klienter.
([163]) Se figur 25 OL: Hyppighed af cannabisbrug efter land.

Jo yngre cannabisbrugere er, når de første gang bruger cannabis, des højere er risikoen for at udvikle narkotikaproblemer senere (Kraus mfl., 2003). I Europa begyndte 28 % af alle cannabisklienter, der var i behandling i 2002, at bruge stoffet, inden de var 15 år, og hovedparten (80 %), inden de var 20 år. De tilsvarende tal for opiatklienter er 9 % og 42,8 % og for kokainklienter 6 % og 26,5 %.

De fleste lande angiver, at klienter i behandling, som har primære cannabisproblemer, ofte har et blandingsbrug. Dette kan måske tilskrives registreringsmåden, f.eks. hvis klienter med blandingsbrugsproblemer for nemheds skyld registreres som primære cannabisbrugere. Der findes imidlertid ikke kvantitative data om andelen af blandingsbrugere blandt klienter i almindelighed. Der er forskelle mellem klienter, der alene bruger cannabis, og dem, som bruger cannabis i kombination med et andet stof (nationale Reitox-rapporter, 2003), idet de førstnævnte normalt er yngre og bedre socialt integrerede (og mere tilbøjelige til at være i beskæftigelse og til at have opnået et højere uddannelsesniveau og mindre tilbøjelige til at standse eller have standset skolegangen før tiden) end sidstnævnte. De hyppigst indberettede sekundære stoffer, der anvendes af primære cannabisklienter, er alkohol (32,9 %) og stimulanser (25 %) ([164]), selv om fordelingen varierer fra land til land.

Figur 30: Fordeling af brugshyppighed for indberettet hovedstof blandt klienter i poliklinisk behandling i 2002



Noter: *n* = 109 699 (alle klienter). Inkluderede lande: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ — alle typer behandlingscentre).
Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003; TDI-ambulatorier.

Nogle cannabisklienter, der er i behandling, indrømmer også intravenøs brug af andre stoffer, og enkelte angiver langtidserfaring med intravenøs stofbrug, selv om de aktuelt kun bruger cannabis. F.eks. i Grækenland, hvor 14,7 % af cannabisklienter med et registreret sekundært stofbrug i 2002 havde sprøjtet sig inden for de seneste 30 dage, angav 25,4 % af alle de klienter, der brugte cannabis, langtidserfaring med intravenøs brug af et andet stof (Grækenlands nationale rapport, 2003). Af oplysninger i Tjekkiets nationale rapport fremgår det, at indtil halvdelen af cannabisklienterne i visse behandlingsmiljøer også er intravenøse stofbrugere.

Tendenser i behandlingsefterspørgslen: ændrede faktorer

Stigningen i efterspørgslen efter behandling for primære cannabisproblemer bør anskues på baggrund af de ændringer, der er sket med hensyn til kendetegn og brugsmønstre. Mellem 2000 og 2002 steg det samlede antal henvisninger foretaget af retlige myndigheder, familie og venner samt sociale tjenester exceptionelt meget i de lande, der indberetter data, nemlig med henholdsvis 103 %, 81 % og 136 % ([165]). Der kunne ikke konstateres relevante forskelle mellem landene, bortset fra at i Tyskland steg også andelen af henvisninger foretaget af det strafferetlige system (fra 21,7 % til 26,7 %).

Der foreligger ingen hårde data om tendenserne i cannabisklienternes sociodemografiske kendetegn, selv om der i visse nationale rapporter (Tjekkiet, Frankrig og Luxembourg) angives en stigning i antallet af klienter med uddannelsesmæssige, sociale og psykiske problemer. Mellem 2001 og 2002 steg andelen af daglige brugere blandt cannabisklienter fra 31,7 % til 39,2 % ([166]); en række lande angiver, at andelen af daglige brugere er højere blandt ældre klienter (>20 år).

Cannabis i den almindelige befolkning: fra eksperimentel til daglig brug

Selv om cannabisbrugen voksede markant i næsten alle lande i 1990'erne, og cannabis er det oftest brugte stof, er størstedelen af brugen fortsat som nævnt ovenfor

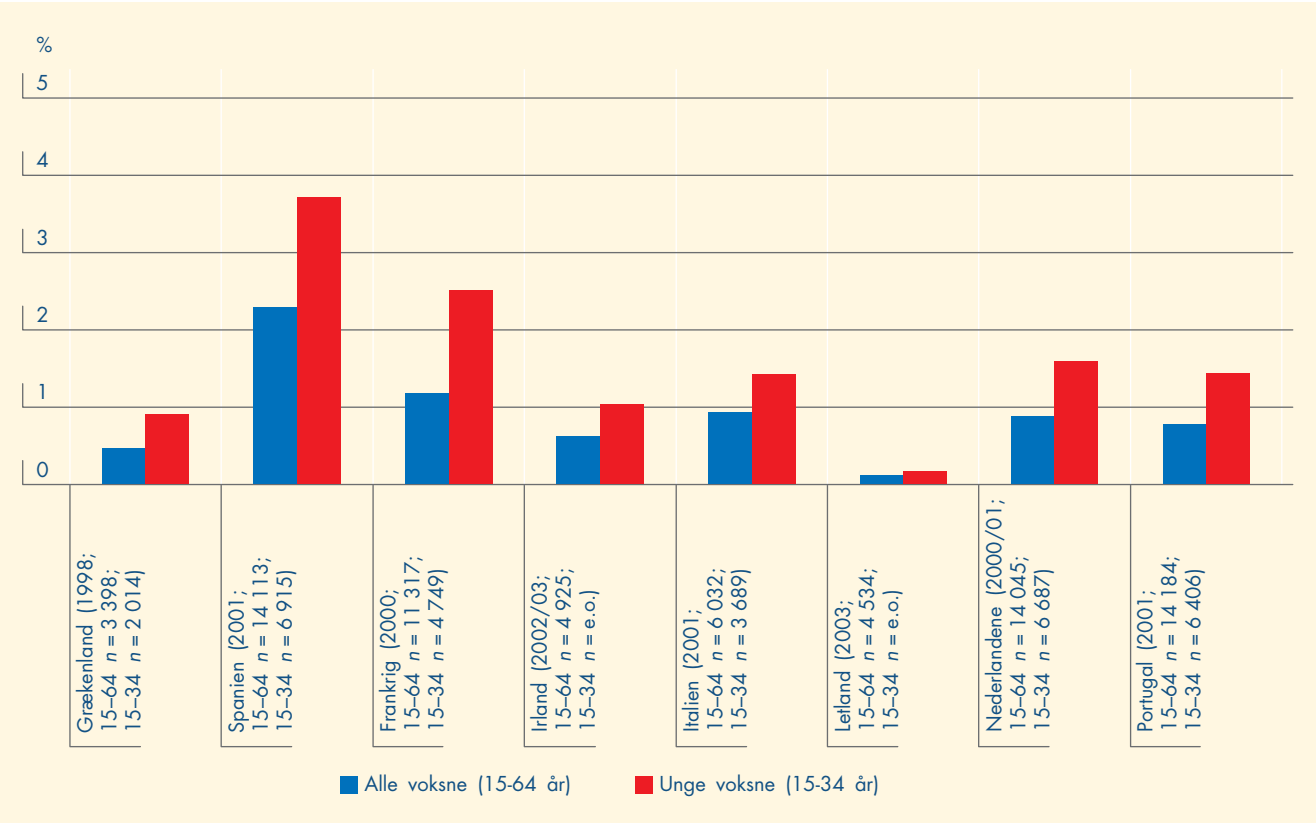
([164]) Se figur 26 OL: Mest brugte sekundære stof efter land blandt alle cannabisklienter og Behandling, tabel 9 i *Statistical Bulletin 2004*.
([165]) Se figur 27 OL: Kilde til henvisninger blandt alle klienter, 2000-2002.
([166]) Se figur 28 OL: Brugshyppighed blandt alle cannabisklienter.

lejlighedsvis eller kortvarig. Det er sandsynligt, at de personer, der har størst risiko for at udvikle problemer eller blive afhængige, er dem, der bruger stoffet intensivt, men det er på dette punkt, at informationskilderne er svagest. Det vides dog, at nylige brugere (brug inden for de seneste 30 dage) typisk er unge mænd i byområder.

»Brug inden for de seneste 30 dage« er en indikator for aktuel brug og omfatter også dem, der bruger stoffet intensivt. Hvis Sverige (0,1 %) holdes uden for, viser nyere undersøgelser, at 1 %-7 % af alle voksne og 3 %-12 % af unge voksne har brugt stoffet inden for de seneste 30 dage. Der er dog forskelle mellem landene, og aktuel brug er mest udbredt i Tjekkiet, Spanien, Frankrig, Irland og Det Forenede Kongerige. I lande, hvor det er muligt at analysere tidstendenser i nylig brug, er der konstateret en stigning, men ikke nogen drastisk stigning.

Der foreligger kun data, der gør det muligt at undersøge hyppigheden af cannabisbrug inden for de seneste 30 dage, fra ni lande — Grækenland, Spanien, Frankrig, Irland, Italien, Letland, Nederlandene, Portugal og Finland (ikke fremlagt). Med en enkelt undtagelse (Letland) havde ca. en fjerdedel (19 %-33 %) af dem, der havde brugt cannabis inden for den seneste måned, et dagligt eller næsten dagligt forbrug ([167]) ([168]). I disse lande udgjorde daglige brugere 0,5 %-2,2 % af den samlede befolkning ([169]) og 0,9 %-3,7 % af unge voksne (15-34 år) (figur 31). De fleste (76 %-92 %), som indrømmede at have brugt cannabis inden for den seneste måned, var mellem 15 og 34 år, og derfor var de daglige brugere også koncentreret om denne aldersgruppe. Endvidere er daglige brugere især mænd, selv om andelen varierer fra 62 % i Nederlandene til 92 % i Grækenland.

Figur 31: Andel af daglige (eller næsten daglige) brugere af cannabis blandt alle voksne og unge i en del EU-lande ifølge nationale befolkningsundersøgelser



Noter: Daglige eller næsten daglige brugere = brug 20 dage eller mere inden for sidste måned inden interviewet.
Data er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land.
Aldersgrænserne for alle voksne er 15-64 år (Italien 44 år) og for unge voksne 15-34 år. Variationer i aldersgrænserne kan føre til mindre forskelle mellem landene.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2003 — oplysninger hentet i rapporter om befolkningsundersøgelser eller videnskabelige artikler. Se tillige epidemiologiske standardtabeller i *Statistical Bulletin 2004*.

([167]) I dette afsnit vil oplysningerne henvise til »brug i 20 eller flere af de seneste 30 dage«, også udtrykt som »daglig eller næsten daglig brug«. I det europæiske modelspørgeskema er der plads til at angive det nøjagtige antal dage, hvor stoffet er brugt, men med henblik på indberetning af nationale tal er brugshyppigheden blevet inddelt i fire særskilte kategorier, hvoraf den højeste er »20 dage og derover«.

([168]) Se figur 29 OL: Andelen af daglige (eller næsten daglige brugere) blandt voksne (15-64 år), som havde brugt cannabis inden for den sidste måned.

([169]) Andel af »brugere inden for den seneste måned« ganget med andelen af »daglige eller næsten daglige brugere«, dvs. 6 % (seneste måned) × 25 % (»20 gange eller mere«) = 1,5 %.

Ud fra disse data kan der dannes et groft skøn over antallet af intensive cannabisbrugere i Europa. Hvis det antages, at ca. 1 % af befolkningen bruger cannabis dagligt, vil der i et land med 25 millioner indbyggere (15-64 år) være 250 000 daglige cannabisbrugere. I EU som helhed, der har en samlet befolkning på 302 millioner indbyggere mellem 15 og 64 år, vil udbredelsen være ca. 3 millioner.

Selv blandt unge voksne varierer intensiv cannabisbrug blandt alderskohorterne, og generelt ligger tallet højst blandt de yngre grupper. I Spaniens skoleundersøgelse fra 2002 angav 3,6 % af de 14-18-årige elever en daglig eller næsten daglig brug (dvs. i toppen af intervallet for unge voksne på 15-34 år). Og i den årlige franske undersøgelse af 17-19-årige (ESCAPAD) var den daglige brug af cannabis inden for de seneste 30 dage endnu højere, nemlig angiveligt 9,2 % for drenge og 3,3 % for piger (Beck og Legleye 2003).

Virkningerne af cannabisafhængighed eller -misbrug synes at være mindre alvorlige end virkningerne af andre stoffer. De fleste intensive cannabisbrugere synes at være forholdsvis velintegrerede unge, som har større risiko for at blive udsat for andre sociale problemer (færdselsulykker, uafsluttet skolegang eller opløste familier) end for at blive indblandet i andre kriminelle aktiviteter, og indgrebene bør derfor tage hensyn til dette og ikke skabe yderligere problemer eller udstødelse.

Cannabis — spørgsmål om styrke og dosis

Der har været spekulationer fremme om, at en forøgelse af cannabis' styrke er delvis ansvarlig for de voksende problemer og dermed også for det større antal klienter i behandling. Spørgsmålene i tilknytning til cannabisstyrken, den dosis, de individuelle brugere modtager, og de sandsynlige følger for de akutte eller kroniske problemer rejser en række komplekse problemer. EONN har i en særlig undersøgelse gennemgået det videnskabelige materiale om cannabisstyrken, hvoraf de væsentligste resultater er gengivet på s. 90.

Cannabisstyrken er blot én af de faktorer, der indgår i beregningen af den dosis, en person vil modtage gennem en bestemt periode (Hall mfl., 2001). Indtagelsesmåde, rygeteknik, mængden af cannabis brugt under seancerne og antallet af rygeseancer for de enkelte brugere har lige så stor eller endog større betydning for beregningen af de individuelle eksponeringsniveauer. Stærk cannabis har altid i en vis udstrækning været tilgængelig, og de bekymringer, dette giver anledning til, er ikke af nyere dato. Det er også vigtigt at bemærke, at det ikke er klart, om cannabisbrugerne ændrer adfærd for at opnå ønsket dosiseffekt. I hvilken grad højstyrkecannabis nødvendigvis fører til højere doser, er derfor et spørgsmål, som bør undersøges nærmere

Hjælp til personer med cannabisrelaterede problemer

At forstå behovene hos dem, der søger hjælp for cannabisproblemer, er en forudsætning for at kunne udvikle effektive hjælpeforanstaltninger. En gennemgang af behandlingsefterspørgslen og andre indikatordata tyder på, at såvel de cannabisbrugere, der henvises til behandling, som cannabisbrugere som helhed er en heterogen befolkningsgruppe med heterogene behov. Dette kunne tyde på et behov for et sammenhængende sæt foranstaltninger lige fra forebyggelse og risikoreduktion til formel behandling. Det må bl.a. overvejes, om det er hensigtsmæssigt at henvise unge lejlighedsvise cannabisbrugere til specialiserede narkotikacentre. Svaret på dette spørgsmål afhænger meget af, hvorledes tjenesterne er opbygget, og i hvilken udstrækning klienterne vil komme til at blande sig med kroniske brugere af andre stoffer. Spørgsmålet om henvisningskanaler for personer med afvigende cannabisbrugsmønstre kræver nærmere overvejelse.

Hvad angår forebyggelse er der kun taget få initiativer med det specifikke formål at imødegå stigningen i unges cannabisforbrug, idet forebyggelse sjældent er stofspecifik. Nogle medlemsstater melder dog om nye tiltag på dette område byggende på to hovedstrategier: 1) fremhævelse af faren for, at unge cannabisbrugere vil blive ledt ind i det strafferetlige system, og 2) forsøg på at ændre samfundets opfattelse af cannabisbrug som normativ adfærd gennem generelle eller målrettede mediekampagner.

I Tyskland, Grækenland, Irland, Finland og Det Forenede Kongerige er der truffet foranstaltninger til begrænsning af de psykosociale konsekvenser af førstegangsovertrædelser af forbuddet mod cannabisforbrug blandt unge. Et nyligt eksempel på dette (fra og med 2000) er FRED-programmet i Tyskland, som nu gennemføres i otte delstater og tilbyder unge stofbrugere kortvarig tidlig hjælp på frivilligt grundlag ([170]). I Det Forenede Kongerige er der etableret »youth offending teams«, som arbejder på et lignende grundlag. Efter en ændring af det strafferetlige systems måde at behandle visse aspekter af cannabisbrug på og en omklassificering af stoffet (fra klasse B til klasse C) er besiddelse, ikke brug, en lovovertrædelse. Besiddelse medfører en advarsel. Der findes en særlig procedure for at give unge (dvs. under 18 år) en formel advarsel. Det Forenede Kongerige har ligeledes iværksat en

([170]) Yderligere oplysninger om dette og andre forebyggelsesprogrammer findes på EONN's EDDRA-database (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

Cannabis' styrke (*kilde:* EONN, 2004c)

1. EU-landene kan inddeles i to forskellige grupper, afhængigt af om det er cannabisblade eller cannabisharpiks, der er det mest brugte produkt. Af de lande, for hvilke der forelå oplysninger, var brugen af cannabisharpiks mere udbredt i Tyskland, Irland, Portugal og Det Forenede Kongerige, mens brugen af cannabisblade var mere almindelig i Belgien, Tjekkiet, Estland, Nederlandene og Østrig.

2. Gennem en lang periode har der ikke været nogen ændringer i styrken af de cannabisblade eller den cannabisharpiks, der importeres til Europa, og i samtlige EU-lande, muligvis med undtagelse af Nederlandene, dækkes størstedelen af cannabisforbruget ved import, selv om vi i dag mangler systematiske data om tilgængeligheden af hjemmeproducerede cannabisblade.

3. Indendørs dyrkning af cannabis finder sted i lille udstrækning i samtlige europæiske lande. I Nederlandene anslås det, at det hjemmedyrkede produkt repræsenterer over halvdelen af cannabisforbruget, men i de fleste lande repræsenterer importerede produkter en langt større del.

4. Cannabis, der er dyrket intensivt indendørs (f.eks. ved brug af hydroponiske systemer med kunstigt dagslys, stiklinger og kontrol af daglængden), har sædvanligvis et højere THC-indhold end importerede stoffer. Den gennemsnitlige styrke for hjemmedyrket cannabis kan være to-tre gange større end styrken for importeret cannabis, men der er dog overlapninger mellem de to typer, og ikke al cannabis, der dyrkes hydroponisk, er stærk.

5. De stigninger i styrken, der er blevet indberettet fra nogle lande, kan næsten fuldt ud tilskrives en stigning i andelen af hjemmedyrket cannabis.

6. De tilgængelige oplysninger om markedsandelene for forskellige cannabisprodukter viser, at den faktiske styrke i mange år har været forholdsvis stabil i samtlige lande, nemlig mellem 6 % og 8 %. Den eneste undtagelse er Nederlandene, hvor styrken i 2001 var nået op på 16 %.

7. I Nederlandene har lokalt produceret cannabisharpiks et særligt højt THC-indhold, men dette materiale er stadig ikke almindeligt i Nederlandene og er næsten ukendt andre steder.

8. Udtalelser i populærpressen om, at cannabis er blevet ti gange stærkere i de senere årtier, støttes ikke af de begrænsede data, der er tilgængelige fra USA og Europa. Den største stigning i styrken synes at have fundet sted i USA, men det bemærkes, at cannabisstyrken tidligere, især før 1980, var lav i USA efter europæiske standarder.

9. Den overordnede konklusion af undersøgelsen er, at de små ændringer i THC-indholdet, der er observeret i nogle lande, skyldes, at der for nylig er dukket cannabis, der er dyrket intensivt i EU, op på markedet. Endvidere er THC-indholdet i cannabisprodukter meget variabelt. Der er et klart behov for at udvikle overvågningssystemer, der kan måle forskellige cannabisprodukters markedsandele og overvåge udviklingen. Sådanne oplysninger foreligger stort set ikke.

10. I undersøgelsen peges der på en række væsentlige områder, der kræver opmærksomhed, hvis man skal kunne forstå problemerne med styrken. Bl.a. kan nævnes forbedring af nomenklaturen for cannabisprodukter, forbedret kortlægning af markedsinformation, forbedring af standarder for laboratorieanalyser og indsamling og præsentation af data på europæisk plan, undersøgelser af forbindelserne mellem rygeadfærd, styrke og THC-/metabolitindhold i blodet, forbedret overvågning af markedsoplysninger, højere standarder for laboratorieanalyser og nødvendigheden af at forstå, hvorledes styrken påvirker cannabisbrugernes individuelle dosiseksponering sammenlignet med andre faktorer. Det anføres, at ulemper og fordele ved at reagere forskelligt på forskellige cannabisprodukter også er et forhold, som bør undersøges nærmere.

massemediekampagne for at understrege cannabis' negative og illegale karakter.

Et andet nyere initiativ er at flytte forebyggelseskampagnen til coffee shop-miljøet, hvor der er adgang til mindre mængder cannabis. Foranstaltningen omfatter et kursus og en manual for coffee shop-ejere for at forebygge narkotikarelaterede problemer i dette miljø. Håndbogen giver oplysninger om cannabis, narkotikalovgivningen, psykiske forstyrrelser, førstehjælp, iværksætteri og pædagogik. I Nederlandene er der en tradition for en personlig og direkte tilgang til cannabisforbrug, jf. hashugen ([171]), hvor storforbrugere af cannabis afholder gruppemøder med diskussioner om konsekvenserne af intensiv brug og muligheden for adfærdsændringer.

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385

Til en vis grad har disse tiltag både en skadebegrænsende og en forebyggende dimension. Men trods den velkendte forbindelse mellem rygning og åndedrætsproblemer og den stigende opmærksomhed omkring de negative sundhedsmæssige følger af intensiv cannabisbrug gøres der langt mindre for at reducere skaderne i forbindelse med cannabisbrug, end der gøres for brugere af andre stoffer.

Behandlingstilbud til personer med cannabisproblemer finder man især i behandlingscentre, der tilbyder pleje til klienter, der er afhængige af legale eller illegale stoffer, eller som har andre former for afhængighedsskabende adfærd. En række lande melder om tjenester, der er målrettet mod cannabisbrugere (Danmark, Tyskland, Grækenland, Frankrig, Nederlandene, Østrig, Sverige og Norge), men generelt synes denne form for tilbud at være yderst sjældne. I mange lande er behandlingstjenesterne for problematiske cannabisbrugere integreret i faciliteterne til behandling af problematiske brugere af generiske stoffer (Belgien, Tjekkiet, Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Italien, Luxembourg, Nederlandene, Østrig, Portugal, Slovenien og Norge).

I de fleste tilfælde behandles klienter med cannabisrelaterede problemer ved siden af klienter, der behandles for problematisk brug af andre illegale stoffer, typisk opioider. Da mange af disse specialiserede narkotikabehandlingscentre er gearet til at opfylde behovene hos en ofte kaotisk og marginaliseret befolkningsgruppe, kan der sættes spørgsmålstegn ved deres egnethed som behandlingscentre for klienter med mindre akutte behov som f.eks. de fleste cannabisbrugere. Behandlingstjenesterne i medlemsstaterne er klar over disse problemer, og en række lande har i deres nationale Reitox-rapporter bemærket, at det kan være uheldigt og virke mod hensigten at blande problematiske cannabisbrugere med problematiske heroinbrugere eller blandingsbrugere, og har nævnt dette som en af årsagerne til, at cannabisbrugere bør behandles ambulant. Det er lettere at udarbejde specifikke programmer for cannabisbrugere, der behandles ambulant. I den østrigske nationale rapport peges der på, at hvis det er nødvendigt med indlæggelse, bør det ske på en ungdomspsykiatrisk afdeling og ikke på en specialiseret narkotikaafdeling. Blandt de nyskabelser, medlemsstaterne ifølge deres rapporter har indført for at opfylde cannabisbrugeres behov, kan nævnes en »kognitiv behandlingsmanual« for kroniske cannabisbrugere, der er udgivet i Sverige, et »hjælp til selvhjælp«-websted for problematiske cannabisbrugere i Nederlandene og indførelsen af akupunkturbehandling i Finland.

Konklusioner

Formålet med denne gennemgang er at anskue den observerede stigning i antallet af indberettede anmodninger om cannabisbehandling fra en bredere analytisk synsvinkel. Det er åbenbart, at dette efterlader mange væsentlige spørgsmål, der har betydning for en kvalificeret strategidebat om dette kontroversielle emne, ubesvarede. Det er ligeledes åbenbart, at det foreliggende materiale ikke berettiger til at indtage en overdrevent pessimistisk holdning, men at der heller ikke er grund til efterladenhed.

Personer med cannabisrelaterede problemer tegner sig for en ikke ubetydelig andel af dem, der søger behandling i specialiserede afdelinger i visse lande, og udgør en betydelig undergruppe i behandlingspopulationen. De fleste er unge mænd, typisk ca. 20 år gamle, og de fleste begyndte at bruge stoffet, da de var 16-17 år.

Cannabisklienter har andre stofbrugsmønstre end andre stofbrugere, og endvidere er der væsentlige forskelle mellem cannabisklienterne indbyrdes. Profilerne af de forskellige undergrupper af cannabisbrugere, der er i behandling, kan sikkert fremme forståelsen af deres behov og således gøre det muligt at træffe de nødvendige foranstaltninger. Profilerne kan udarbejdes ud fra data om brugshyppighed, aktuel og tidligere brug af andre stoffer samt henvisningskilde. Der kan groft sagt udledes to klare klientprofiler af de nationale rapporter og TDI-dataene:

- yngre brugere, oftest skoleelever eller studerende, der henvises til behandlingstjenesterne af familien eller skolen, og som bruger cannabis alene eller undertiden sammen med alkohol eller stimulanser
- blandingsbrugere, som typisk er ældre og mindre socialt integreret, og som oftere henvises til behandling af retlige myndigheder eller sundhedstjenester og sociale tjenester; denne grupper overlapper gruppen af kroniske stofbrugere.

Materialet peger endvidere på, at der er yderligere en gruppe, der henvises af retlige myndigheder, og som ikke bruger andre stoffer og desuden synes kun at være lejlighedsvise cannabisbrugere.

Hvad angår ændringerne i efterspørgslen efter primær cannabisbehandling over tid tyder de foreliggende oplysninger på:

- et stigende antal henvisninger fra det strafferetlige system i visse lande
- flere henvisninger fra familien og andre sociale netværk (familie, venner, socialtjenester, skole)

- en stigende andel af intensive (daglige) cannabisbrugere, selv om daglige brugere fortsat udgør et mindretal

- flere sociale problemer og skoleproblemer i visse lande, selv om der ikke foreligger tilstrækkelige data på dette område.

Ser man på stigningen i behandlingsefterspørgslen, synes ændringer i henvisningspraksis at være en medvirkende faktor, og en væsentlig andel af de henviste personer synes ikke at være intensive stofbrugere. Men i hvert fald i nogle lande kommer et væsentligt antal behandlingsanmodninger alligevel fra enkeltpersoner, som har en intensiv cannabisbrug. Denne gruppes problemer er dårligt belyst, og der er et presserende behov for forskning på dette område. Konstateringen af, at de fleste behandlingsanmodninger fra de meget unge vedrører cannabis, viser, at der er et særligt behov for at undersøge denne gruppes behov, henvisningskanaler og reaktioner.

Det skal ligeledes bemærkes, at behandlingsefterspørgsel ikke er en direkte indikator for cannabisproblemernes omfang og art. Resultaterne af almindelige befolkningsundersøgelser tyder på, at intensiv cannabisbrug er forholdsvis sjælden i forhold til lejlighedsvis brug. Den udbredte brug af cannabis betyder dog, at et betydeligt antal personer muligvis bruger stoffet intensivt — i hvert fald i en periode.

Skønsmæssigt er der tegn på, at intensiv brug berører mellem 0,5 % og 2 % af den voksne befolkning og mellem 1 % og 3 % af de unge voksne. Udbredelsen blandt unge mænd er sandsynligvis væsentlig højere. Det er vanskeligt ud fra undersøgelsesmaterialet at få et klart billede af antallet af brugere, som har problemer med eller er ved at blive afhængige af cannabis. Selv om virkningerne af cannabisafhængighed eller -misbrug er mindre alvorlige end virkningerne af afhængighed eller misbrug af andre stoffer, kan cannabisafhængighed eller -misbrug dog have væsentlige folkesundhedsmæssige følger på grund af den udbredte brug, og fordi mange af de mest berørte er unge og muligvis bruger stoffet intensivt i perioder, der er væsentlige for deres udvikling, eller når de er særlig sårbare. Blandt socialt dårligt stillede familier og lokalsamfund kan en persons cannabisafhængighed eller -misbrug forstærke vedkommendes problemer ved at skade uddannelses- eller beskæftigelsesmulighederne.

Konklusionen er, at der fortsat er et presserende behov for forskning for at øge forståelsen af forbindelsen mellem forskellige cannabisbrugsmønstre og udviklingen af problemer. Det omfang, hvori cannabisbrugere oplever problemer, og arten af de problemer, der eventuelt er, er stadig dårligt belyst. Der kræves nye metoder til vurdering af problemerne på befolkningsplan. Sådanne oplysninger er en forudsætning for udviklingen, målretningen og gennemførelsen af effektive folkesundhedsforanstaltninger som reaktion på cannabisbrugen i Europa.

Udvalgte aspekter 3

Comorbiditet (ledsagesygdomme)

Indledning

Samtidig forekomst af en psykisk sygdom og stofrelaterede forstyrrelser, ofte benævnt comorbiditet eller dobbeltdiagnose, er ikke et nyt fænomen. I de senere år er spørgsmålet dog kommet til at dominere stadig mere i de politiske og faglige diskussioner, idet det er blevet klart, at et stort og formentlig voksende antal personer er berørt. I dette kapitel vil der blive fokuseret på sameksistensen af psykiske forstyrrelser og personlighedsforstyrrelser og brug af illegale stoffer. Faktisk er det ofte på sin plads at tale om multimorbiditet, idet de berørte personer ofte også lider af somatiske sygdomme som f.eks. hiv- eller hepatitis C-virusinfektioner ud over sociale forstyrrelser som f.eks. familieproblemer, arbejdsløshed, fængselsophold eller hjemløshed. Pleje- og behandlingstjenesterne er normalt utilstrækkeligt udstyret til at håndtere diagnosticerings- og behandlingsbehovene hos denne klientgruppe, således at de ser bort fra og/eller er ude af stand til at behandle samtlige klientens problemer under ét. Resultatet er ofte en »svingdørssituation«, hvor yderst behandlingskrævende personer henvises fra den ene tjeneste til den anden, alt imens deres situation forværres.

Det skal bemærkes, at det specifikke forhold mellem cannabisbrug og psykiske forstyrrelser behandles Udvalgte indgående i Udvalgte aspekter: Cannabis (s. 82).

Definition

Comorbiditet eller dobbeltdiagnose er defineret af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) som »samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser« (WHO, 1995). Ifølge De Forenede Nationers Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse (UNODC) er en person med dobbeltdiagnose en »person, der er diagnosticeret som havende et alkohol- eller stofmisbrugsproblem ud over en anden diagnose, sædvanligvis psykiatrisk, f.eks. bipolar lidelse eller skizofreni« (UNODCCP, 2000). Med andre ord henviser udtrykket comorbiditet i denne sammenhæng til sameksistensen af to eller flere psykiske forstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser, hvoraf den ene er problematisk stofbrug.

Årsager

Hvad angår comorbiditet er det et spørgsmål om årsag og virkning (hønen og ægget). Den eksisterende forskning i årsagsforbindelserne mellem psykiske forstyrrelser og stofrelaterede forstyrrelser giver ikke noget entydigt svar. Der er en indbyrdes vekselvirkning mellem symptomerne på psykiske forstyrrelser og afhængighedsproblemer.

Forskningsresultaterne viser, at psykiske forstyrrelser og personlighedsforstyrrelser normalt opstår før stofbrugsforstyrrelser, dvs. at de gør personer mere modtagelige for sådanne problemer (f.eks. Kessler mfl., 2001; Bakken mfl., 2003); psykiske forstyrrelser kan dog også forværres af stofbrug (f.eks. angående depression: McIntosh og Ritson, 2001) eller opstå parallelt.

Stofbrug kan tillige opfattes som en del af eller et symptom på psykiske forstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser og som et forsøg på selvmedicinering (f.eks. Williams mfl., 1990; Murray mfl., 2003). Den omstændighed, at stofbrug letter lidelsessymptomerne, tilskynder til udvikling af afhængighed. Når stofbrugen afbrydes, f.eks. som følge af abstinens- eller substitutionsbehandling, kan symptomerne dukke op igen. Akutte narkotikafremkaldte psykoser opstår især hos brugere af kokain, amfetaminer og hallucinogener og vil normalt forsvinde igen forholdsvis hurtigt. Det kan dog være yderst vanskeligt at sondre mellem symptomer forårsaget af stofrus og psykotiske episoder uden forbindelse hermed.

Krausz (1996) nævner fire kategorier af dobbeltdiagnoser:

- en primær diagnose på en psykisk sygdom med en efterfølgende diagnose på stofmisbrug, som skader den psykiske sundhed
- en primær diagnose på stofafhængighed med psykiske komplikationer, der fører til psykisk sygdom
- samtidige diagnoser på stofmisbrug og psykiske forstyrrelser
- en dobbeltdiagnose på stofmisbrug og bipolar lidelse, som begge er et resultat af en underliggende traumatisk oplevelse, f.eks. posttraumatisk stresslidelse.

Tilsvarende differentieres der i den svenske nationale rapport mellem psykiatriske patienter, der lider af comorbiditet, og stofafhængige klienter med personlighedsforstyrrelser, der forværres af stofbrug og ikke altid diagnosticeres tilfredsstillende.

Morel (1999) sondrer mellem ikke-specifikke psykiske forstyrrelser hos narkomaner og komplikationer, der specifikt har forbindelse med stofbrug. Blandt forstyrrelser, der ofte findes blandt stofbrugere, kan nævnes:

- angstforstyrrelser/depressive forstyrrelser
- søvnforstyrrelser som følge af depression, angstforstyrrelse eller psykose
- aggressiv og voldsom adfærd, som indikerer antisociale, psykopatiske, skizofrene eller paranoide personlighedsforstyrrelser.

Af problemer, der specifikt er knyttet til stofbrug, kan nævnes:

- farmakopsykoser forårsaget af hallucinogener eller amfetaminer
- konfusionssyndromer.

Nyere neuropsykologiske og neurobiologiske undersøgelser har sammen med nyudviklede teknikker, som giver mulighed for at visualisere hjerneprocesser, gjort det muligt at opstille hypoteser om samspillet mellem psykiske og fysiske traumer, hjerneudvikling, stofvirkninger, stress og mental udvikling. Belønningssystemet er afgørende for udviklingen af afhængighed, og afhængigheden har sammenhæng med strukturelle forandringer og tilpasninger af hjernen på mikro- og makroplan (Nestler, 2001).

Andre teorier knytter specifikke stoffer sammen med specifikke psykiske forstyrrelser. F.eks. er det postuleret, at heroin kan reducere stress, lette smerter og fjerne truende stemmer hos skizofrene og borderline-skizofrene patienter, men patienter med alvorlige psykiske sygdomme bruger ikke heroin. Kokain påstås at kunne lette depressive tilstande, fremme adfærdsmæssig disinhibition og gøre det muligt for narcissistiske personer at udleve deres grandiositet. Cannabis påstås at kunne lette spændinger, mens ecstasy kan fjerne sociale hæmninger (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Irlands nationale rapport fra 2002 undersøgte på grundlag af en række studier specifikt depressionsforekomsten blandt stofbrugere og konkluderede, at der er en stærk sammenhæng mellem problematisk stofbrug, især brug af opiater og benzodiazepiner, og depression. Tysk forskning inden for forholdet mellem stofrelaterede lidelser, depression og selvmord nåede frem til den konklusion, at selvmordsrisikoen er væsentligt forøget hos personer med depressive forstyrrelser (Bronisch og Wittchen, 1998). Det er muligt, at nogle personer med depression medicinerer sig selv med opiater og benzodiazepiner. Klienter, der deltager i behandlingsprogrammer, er mindre udsatte for depression end klienter hos lavtærskeltjenester (Rooney mfl., 1999) eller klienter, som netop har påbegyndt behandlingen (McIntosh og Ritson, 2001).

En norsk undersøgelse (n = 2 359) har vist, at en stor procentdel af stofbrugerne har oplevet alvorlige familieproblemer i deres barndom og ungdom. 70 % har haft indlærings- og adfærdsproblemer i skolen, 38 % har været mobbet, og 21 % har modtaget psykiatrisk behandling i barndommen og ungdommen (Lauritzen mfl., 1997). Kvindelige stofbrugere med psykiske ledsagesygdomme har ofte været udsat for traumatisk seksuelt misbrug (Beutel, 1999).

Diagnose

Det undersøges ikke rutinemæssigt, om en stofbruger har psykiske problemer eller personlighedsforstyrrelser, som led i den standarddiagnosticering, der finder sted ved behandlingens begyndelse i narkotikatjenester. Med undtagelse af enkelte særligt bevidste og/eller specialiserede tjenester er det sjældent, at narkotikabehandlingstjenesterne undersøger psykiske symptomer og forstyrrelser nærmere.

Under alle omstændigheder er det en kendt sag, at comorbiditet er vanskelig at diagnosticere. Stofafhængighed og den forstyrrede adfærd, afhængigheden medfører, dominerer ofte det kliniske billede og camouflerer psykiske symptomer. Endvidere kan stofmisbrug fremkalde psykiske symptomer, der kun vanskeligt kan skelnes fra symptomerne på psykiske forstyrrelser (Berthel, 2003), mens abstinenser eller akut rus også kan medføre symptomer, der svarer til symptomerne på næsten enhver psykisk lidelse (Liappas, 2001). Endvidere kan depression og angst anses for iboende symptomer i rus/abstinenscyklussen, idet symptomer, der tidligere blev lettet ved hjælp af stoffer, træder frem under abstinens- eller substitutionsbehandling.

Der er endvidere udviklet bedre metoder til diagnosticering af såvel psykiske som stofrelaterede forstyrrelser. Man råder nu over en række standardiserede og godkendte instrumenter til måling af psykiske symptomer og personlighedsforstyrrelser, ligesom der findes en række instrumenter, der kan anvendes til at vurdere stofbrugsmønstre og -afhængighed. ASI (Addiction Severity Index) er et multifunktionelt instrument, der kan anvendes til diagnosticering, planlægning og opfølgning af behandling samt forskning. ASI har den fordel, at det er

flerdimensionalt og måler tidligere og aktuelle problemer på syv forskellige områder: sundhedsstatus, beskæftigelse og selverhverv, alkoholbrug, stofbrug, retlig status, familiemæssige og sociale relationer samt psykiske symptomer (Krausz, 1999a; Öjehagen og Schaar, 2003). ASI er standardiseret og er blevet oversat fra engelsk til de fleste andre europæiske sprog (EuroASI) ([172]). Trimbos-instituttet har udviklet og afprøvet protokoller for diagnosticering og behandling af afhængige klienter med opmærksomhedsforstyrrelser/hyperaktivitetsforstyrrelser (ADHD) (Eland og Van de Glint, 2001).

Udbredelse

Der er gennemført mange undersøgelser for at måle udbredelsen af psykiske forstyrrelser og personlighedsforstyrrelser samt stofbrugsmønstre i den brede befolkning samt blandt psykiatriske patienter og stofbrugere i og uden for behandlingstjenesterne. Undersøgelserne har resulteret i tal og diagnoser, der varierer afhængigt af tilgængeligheden og udvælgelsen af populationerne, stikprøveudtagningsmetoder, diagnosticeringsfærdigheder og -kompetence, gyldigheden og pålideligheden af de anvendte diagnosticerings-instrumenter samt undersøgelsesperioden.

I en gennemgang af forskellige undersøgelser i Uchtenhagen og Zeiglgänsberger (2000) er konklusionen, at den mest almindelige psykiatriske diagnose blandt stofbrugere er personlighedsforstyrrelser, som berører 50 %-90 %, efterfulgt af affektive forstyrrelser (20 %-60 %) og psykotiske forstyrrelser (20 %). Mellem 10 % og 50 % af patienterne lider af mere end én ledsagesygdom i form af psykiske forstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser.

I en gennemgang af internationale undersøgelser om psykopatologi i stofafhængige personer tegnede Fridell (1991, 1996) et klinisk billede af comorbiditet hos stofafhængige, som er blevet bekræftet af hans egne undersøgelser i Lund, Sverige. Der kunne identificeres tre hovedgrupper af forstyrrelser: personlighedsforstyrrelser (65 %-85 %), depression og angsttilstande (30 %-50 %), og psykoser (15 %). Verheul (2001) fandt i sin gennemgang af seks undersøgelser af behandlede afhængige, at især antisociale (23 %), borderline- (18 %) og paranoide (10 %) personlighedsforstyrrelser dominerede.

Mange narkotikaeksperter mener, at udbredelsen af stofafhængighed kombineret med psykiske forstyrrelser er stigende, selv om nogle hævder, at dette skyldes en større opmærksomhed omkring dette emne og/eller ændringer i diagnosticeringen og klassificeringen af psykiske lidelser og/eller omstrukturering af sundhedsplejesystemer. I Finland steg antallet af behandlingsperioder i tilknytning til samtidige stofrelaterede og andre psykiske problemer ifølge registeret over udskrivninger fra hospitaler fra 441 i 1987 til 2 130 i 2001. Behandlingsperioder for opiatbrug kombineret med psykiske forstyrrelser er tredoblet siden 1996. Dette stemmer med stigningen i stofbrugen, selv om der ikke peges på nogen direkte årsagsforbindelse. I Irland blev antallet af førstegangsindlæggelser af stofbrugere på psykiatriske afdelinger næsten firdoblet mellem 1990 og 2001.

I Spaniens nationale rapport bemærkes det, at den observerede stigning i comorbiditeten kan skyldes bl.a. en stigning i afhængigheden af psykostimulanser.

Udbredelse af comorbiditet i behandlingsmiljøer

Tabel 7 viser de resultater af en række undersøgelser af comorbiditet i forskellige narkotikabehandlings- og psykiatriske miljøer i medlemsstaterne, der er fremlagt i de nationale rapporter. Data om stofrelaterede forstyrrelser i psykiatriske miljøer er ikke så tilgængelige som data om psykiske forstyrrelser i stofbehandlingsmiljøer. Selv om de her gennemgåede undersøgelser ikke er sammenlignelige, giver de dog en indikation af situationen i EU-landene. Der er stor forskel på de undersøgte populationer, de valgte diagnosticeringskriterier, de anvendte instrumenter og diagnosticeringstidspunktet. Af ovennævnte årsager er der sandsynligvis i mange tilfælde tale om underdiagno-sticering.

En sammenlignende undersøgelse gennemført i Grækenland og Frankrig har vist, at selv om graden af psykopatologi hos opiatbrugere i behandling generelt var nogenlunde ens i de to lande, varierede de psykopatologiske mønstre, idet udbredelsen af affektive forstyrrelser var større hos franske end hos græske storbrugere (19 % mod 7 %), mens antisociale personlighedsmønstre var mere fremherskende i den græske stikprøve (20 % mod 7 %). Forfatterne tilskrev disse forskelle den mindre udbredelse af storbrug i Grækenland, idet de fandt, at »jo mindre udbredt socialt uacceptabel adfærd er, des mere sandsynligt er det, at socialt afvigende personer er involveret i adfærden« (Kokkevi og Facy, 1995).

I Norge har man undersøgt kønsforskellene mellem blandingsmisbrugere (hvoraf 85 % var heroinbrugere) og rene alkoholikere. Stikprøven inkluderede en meget stor andel af personer med psykiske forstyrrelser og personlighedsforstyrrelser (93 %). Generelt var større depressioner, simple fobier og borderline-personlighedsforstyrrelser væsentligt mere fremherskende blandt kvinder end blandt mænd. Samtidig forekomst af en

([172]) Se EONN's Evaluation Instrument Bank (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabel 7: Udbredelse af comorbiditet i behandlingsmiljøer i forskellige EU-lande

Land	Miljø	Population	*n*	Udbredelse af comorbiditet (%)	Diagnose	Kilde
Belgien	Psykiatrisk hospital og psykiatriske afdelinger på almindelige hospitaler	Indlagte for narkotika-problemer (1996-1999)	18 920	86	Skizoid, paranoid, skizotypisk: 86 % Depression: 50 % Personlighedsforstyrrelser: 43 %	Psykiatriske minimumsdata (database) ([1])
Tjekkiet	Terapeutiske nærmiljøer	Stationært behandlede klienter (2001-2002)	200	35	Personligheds-forstyrrelser: 14 % Depression: 7 % Neurotiske forstyrrelser: 6 % Spiseforstyrrelser: 5 %	Tjekkiets nationale rapport ([1])
Tyskland	Behandlingscentre	Opiatafhængige	272	55	Stress og somatoforme forstyrrelser 43 % Affektive forstyrrelser: 32 % Fobier: 32 % Depressive episoder: 16 %	Krausz (1999b) ([1])
Grækenland	Fængsler og behandlingstjenester	Opioidafhængige mænd	176	86	Angsttilstand: 32 % Affektive forstyrrelser: 25 % Skizofreni: 6 %	Kokkevi og Stefanis (1995) ([1])
Spanien	Metadontjeneste	Opiatafhængige personer	150	e.o.	Borderline: 7 % Antisocial forstyrrelse: 6 % Social fobi: 6 % Depression: 5 %	Spaniens nationale rapport ([1])
Frankrig	Metadontjeneste	Opiatafhængige personer	3 936	e.o.	Angsttilstand: 4 % Depression: 3 % Adfærdsforstyrrelser: 3 % Spiseforstyrrelser: 2 %	Facy (1999) ([1])
Irland	Indlagte psykiatriske afdelinger (akut)	Førstegangsindlagte for narkotikaafhængighed (1996-2001)	1 874	26	Depression: 21 % Skizofreni og andre psykoser: 11 % Personlighedsforstyrrelser: 19 %	National Psychiatric Inpatient Reporting System ([1])
Italien	Mentale sundhedstjenester	Langstidsstofbrugere	58	> 22	Bipolare forstyrrelser: 22 % Angsttilstand: 21 % Skizofreni: 16 %	Siliquini mfl. (2002) ([1])
Luxembourg	Specialiserede narkotikabehandlings-tjenester	Patienter, der tidligere har været i kontakt med psykiatriske tjenester bortset fra afrusning (1996-2002)	380	32	e.o.	AST/RELIS (2002) ([1])
Nederlandene	Nederlandsk befolkning	Stofafhængige personer på 18-64 år (1996)	e.o.	e.o.	Depression: 29 % Social fobi: 29 % Bipolar forstyrrelse: 24 % Dysthymi: 22 %	Ravelli mfl. (1998) ([1])
Østrig	Forskellige behandlingstjenester (gennemgås)	Narkotikaklienter	e.o.	41-96	Personlighedsforstyrrelser, antisociale forstyrrelser, borderline, narcissisme	Østrigs nationale rapport ([1])
Portugal	Xabregas CAT-behandlingscenter	Narkotikaklienter	596	> 73	Obsessivkompulsiv tilstand: 73 % Depression: 72 % Somatisering: 60 % Paranoid ideation: 58 %	Portugals nationale rapport ([1])
Finland	Hospitaler	Narkotikarelateret hospitalsindlæggelser	2 180	29	Paranoid ideation: 58 % Psykoiske forstyrrelser: 32 %, Affektive lidelser: 28 % Neurotiske lidelser: 10 % Personlighedsforstyrrelser: 29 %	Udskrivningsregister på hospital
Sverige	Universitetshospitalet, Lund	Patienter i afrusnings-afdelingen (1977-1995)	1 052	83	Antisocial forstyrrelse: 23 % Enhver psykose: 14 % Depressiv forstyrrelse: 11 %	Fridell (1996) ([1])
Det Forenede Kongerige	Afhængighedsbehand-lingstjenester, stationære og i nærmiljøet	Stofafhængige patienter, 90 % opiatafhængige	1 075	> 33	Psykoticisme Angsttilstand Depression Paranoia	Marsden mfl. (2000) ([1])

e.o.: ej oplyst.
Noter: Oplysninger i denne tabel viser forskellige tidsrammer (f.esk. langtidsdiagnoser eller sidste års diagnoser).
([1]) Yderligere oplysninger om denne undersøgelse findes i onlineudgaven af årsberetningen i tabel 12 OL: Landenes tabeller over comorbiditet.

antisocial personlighedsforstyrrelse var højst blandt mandlige blandingsmisbrugere (Landheim mfl., 2003).

Udbredelse — fængsler og tvangsbehandling

Fængselspopulationen fortjener særlig opmærksomhed. Udbredelsen af psykiske forstyrrelser er i lighed med udbredelsen af stofbrug meget større i fængselspopulationen end i den brede befolkning. Irske data tyder på, at 48 % af de mandlige og 75 % af de kvindelige indsatte lider af psykiske forstyrrelser, mens 72 % af mændene og 83 % af kvinderne i fængslerne melder om langtidserfaring med stofbrug (Hannon mfl., 2000). I 1999 havde 23 % af de problematiske stofbrugere, der blev tilbageholdt i Wiens arresthus, psykiske problemer (Dialog, 2000). Tilbagefaldsprocenten blandt stofbrugere, der har afsonet fængselsstraffe, er høj, og der er en voksende erkendelse af, at fængsling kan bidrage til at forværre psykiske problemer. Situationen er endnu mere alvorlig i fængsler for langtidsindsatte og stærkt bevogtede fængsler.

I Sverige har man konstateret, at mellem 72 % og 84 % af de voksne i tvangsbehandling for stofbrug lider af psykiske problemer ud over at være stofmisbrugere (Gerdner, 2004). Af 46 stofafhængige tvangsanbragte piger på institutioner for børn og unge havde to tredjedele psykiske diagnoser eller personlighedsforstyrrelser (Jansson og Fridell, 2003).

Hindringer for behandling af comorbiditet

En af de største hindringer for diagnosticering og behandling af comorbiditet er, at psykiatrisk personale generelt kun ved lidt om narkotikabehandling, mens narkotikabehandlingspersonale generelt kun ved lidt om psykiatri. Der er store forskelle mellem de to specialer, idet den ene er baseret på lægevidenskab og den anden på psykosociale metoder og teorier. Endvidere bygger de på forskellige filosofier, idet mentale sundhedstjenester normalt især tilstræber at beskytte enkeltpersoners og offentlighedens sikkerhed, mens narkotikabehandlingstjenester forventer, at klienterne til en vis grad er motiverede til at gå i behandling. Udgangspunkterne er således forskellige, og det forhindrer ofte en samlet, integreret opfattelse af problemerne.

Som nævnt ovenfor sker det jævnligt, at såvel psykiatrisk personale som narkotikabehandlingstjenester overser et betydeligt antal patienter med comorbiditet. Når patienter med dobbeltdiagnoser søger behandling, forveksles deres akutte psykiatriske syndromer ofte med stoffremkaldte symptomer, mens abstinens- og rusfænomener derimod fejlfortolkes som psykiske lidelser. Alt for ofte er mentale sundhedstjenester tilbøjelige til at sende personer med comorbiditet til narkotikabehandlingstjenester, mens disse straks sender dem tilbage — eller vice versa. Det er under disse omstændigheder umuligt at sikre kontinuiteten i behandlingen. Selv når comorbiditeten diagnosticeres, tages der ofte ikke yderligere hensyn til den i den efterfølgende behandling (Krausz mfl., 1999). Det samme er tilfældet for patienter, som har fået diagnosticeret stofbrugsproblemer i de psykiatriske afdelinger, og som normalt ikke modtager nogen stofrelateret behandling (Weaver mfl., 2003). Disse generaliseringer udelukker naturligvis ikke, at visse psykiatriske tjenester og narkotikabehandlingstjenester opnår meget gode resultater med patienter med comorbiditet.

Hertil kommer, at stofbrugere, selv når de er blevet identificeret som sådanne, ofte mødes med mistro på de psykiatriske afdelinger og måske nægtes adgang. Dette kan f.eks. ske for stofbrugere, som er i stabil substitutionsbehandling. Tilsvarende kan det ske, at klienter udelukkes fra narkotikabehandling som følge af deres psykiske problemer. F.eks. i Spanien udelukker de fleste psykiatriske afdelinger klienter med stofrelaterede forstyrrelser, og personalet har ikke nogen relevant uddannelse. En undersøgelse blandt østrigske psykoterapeuter har vist, at kun få af dem er villige til at modtage stofafhængige patienter som klienter (Springer, 2003). Fra Italien meldes det, at der ikke er nogen klare regler for henvisningen af klienter fra narkotikabehandlingstjenester til mentale sundhedstjenester, og at der er modstand hos de mentale sundhedstjenester på grund af manglende viden. Fra Norge meldes der om vanskeligheder med at henvise klienter fra lavtærskeltjenester til psykiatrisk behandling.

I Grækenland kan stofbrugere med psykiske forstyrrelser ikke deltage i 54 % af narkotikabehandlingsprogrammerne. I stoffrie stationære behandlingsmiljøer i Slovenien og også i andre lande kræves det, at patienterne er stoffri som betingelse for at få adgang til behandlingsprogrammerne. Er der tale om patienter med dobbeltdiagnoser, udgør dette en alvorlig hindring, idet fuldstændig afholdenhed vil kræve afslutning af andre behandlinger, hvilket ikke altid er muligt.

Behandlingsstrukturer

I den internationale faglitteratur beskrives tre modeller for behandling af comorbiditet:

1. *Sekventiel eller seriel behandling.* Psykiatriske og stofrelaterede forstyrrelser behandles konsekutivt, og der er kun ringe kommunikation mellem tjenesterne. Patienterne modtager normalt behandling for de alvorligste problemer først, og først når denne behandling er afsluttet, behandles de for deres øvrige problemer. Denne model kan dog også føre til, at

patienterne flytter frem og tilbage mellem afdelingerne, og at ingen afdeling er i stand til at opfylde deres behov.

2. *Parallel behandling*. De to forskellige forstyrrelser behandles samtidigt, idet narkotikabehandlingstjenester og mentale sundhedstjenester holder sig i forbindelse med hinanden, således at de er i stand til at behandle samtidigt. De to behandlingsbehov dækkes ofte efter to forskellige terapeutiske fremgangsmåder, og den lægevidenskabsbaserede psykiatri kan komme i konflikt med narkotikabehandlingstjenesternes psykosociale orientering.

3. *Integreret behandling*. Behandlingen tilbydes inden for en psykiatrisk tjeneste eller en narkotika-behandlingstjeneste eller i en særlig comorbiditetsafdeling. Krydshenvisninger til andre tjenester undgås. Behandlingerne omfatter motiverende og adfærdsmæssige indgreb, forebyggelse af tilbagefald, farmakoterapi og sociale foranstaltninger (Abdulrahim, 2001).

Den aktuelle comorbiditetsbehandling i EU som beskrevet i de nationale rapporter kan ikke let henføres til disse tre grupper. Integreret behandling betragtes som den absolut bedste løsning, men det er en standard, der er vanskelig at opnå. Den relevante forskning kommer normalt fra lande uden for Europa. En litteraturgennemgang som led i Australiens comorbiditetsprojekt (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) har vist, at de forskellige måder at styre og pleje comorbiditetsklienter på ikke er blevet systematisk undersøgt eller grundigt evalueret, til dels på grund af vanskeligheden ved at undersøge personer, der samtidigt lider af psykiske lidelser og stofmisbrugsbaserede forstyrrelser, og som ofte har en uregelmæssig livsstil. En anden litteraturgennemgang har gjort det muligt at konkludere, at integreret behandling for personer med dobbeltdiagnoser synes at give gode resultater på begge planer (Drake mfl., 1998). Kun i én undersøgelse er integreret behandling blevet sammenlignet med parallelbehandling, og der kunne ikke konstateres nogen væsentlig forskel. Ingen undersøgelse har sammenlignet integreret behandling med sekventiel behandling.

Sekventiel behandling

En række eksperter f.eks. i Danmark (Andreason, 2002), Det Forenede Kongerige (Department of Health, 2002a) og Norge (Sosial- og helsedepartementet, 1999) mener, at behandlingstjenesterne, i hvert fald hvad angår de personer, der har svære psykiske lidelser samtidig med stofbrugsproblemer, bør være baseret på psykiatri, eventuelt med inddragelse af eksterne narkotikaterapeuter. I Danmark er der formelt bygget bro mellem psykiatriske hospitaler og lokale narkotikatjenester. I Luxembourg og Norge har psykiatriske tjenester iværksat særlige foranstaltninger for at nå personer, der befinder sig i de tidlige faser af skizofreni, og hvoraf mange har alvorlige stofmisbrugsproblemer, idet forskningen viser, at tidlig behandling forbedrer prognosen.

I den tjekkiske nationale rapport peges der på, at afhængighedsproblemer normalt bør anses for mere presserende end psykiske problemer, idet det er vanskeligere at behandle psykiske forstyrrelser, når afhængighed forvrænger det kliniske billede. Men i dag får 10 %-20 % af de tjekkiske klienter i narkotikabehandling medicin ordineret af en psykiater, noget der ville have været utænkeligt for et par år siden. Også i Grækenland får narkotikabehandlingsklienter meget sjældent medicin for psykiatriske symptomer. Men i det græske strafferetlige system har psykiske forstyrrelser forrang frem for afhængighed, og comorbide lovovertrædere bliver indlagt på et psykiatrisk hospital enten i et fængsel eller i nærmiljøet (K. Matsa, personlig meddelelse, 2004). I Spanien behandles stofbrugere normalt inden for narkotikabehandlingssystemet, og der henvises kun til psykiatriske tjenester, når forstyrrelserne er så alvorlige, at hospitalsindlæggelse er nødvendig.

En række eksperter har længe haft den opfattelse, at man bør undgå al farmakoterapi i forbindelse med stofafhængige personer som følge af risikoen for kombineret afhængighed f.eks. af heroin og benzodiazepiner, men dette synspunkt sættes der nu spørgsmålstegn ved (f.eks. Popov, 2003). I nogle tilfælde er der tendens til at ordinere psykofarmakologisk medicin helt vilkårligt til stofbrugere, delvis på grund af manglende tid til at foretage de nødvendige undersøgelser. I den østrigske nationale rapport påpeges det, at manglende medgørlighed blandt stofbrugere vanskeliggør farmakologisk behandling af psykiatriske tilstande, og at den kombinerede brug af narkotiske stoffer og lægemidler, hvis den ikke overvåges ordentligt, endvidere kan føre til interaktion mellem illegale stoffer og ordinerede lægemidler eller til en neutralisering af de ordinerede lægemidler.

Parallel behandling

Fordeling af ansvaret for én klient mellem en mental sundhedstjeneste og en narkotikabehandlingstjeneste i en parallel behandling synes at være sjælden i praksis. Imidlertid er lokale arbejdsgrupper med deltagelse af repræsentanter for såvel narkotikabehandlingstjenester som mentale sundhedstjenester ofte et vigtigt forum for udveksling, samarbejde og etablering af netværk. I Frankrig, Italien og Nederlandene tvinger officielle

Tabel 8: Integrerede behandlingstjenester i forskellige europæiske lande

Land	Integrerede behandlingstjenester
Belgien	Udvikling af integrerede tjenester, feasibility-fasen
Tyskland	Første initiativer for 20 år siden. Fortsat utilstrækkelige tilbud om integreret behandling
Grækenland	Ét integreret program begyndte i 1995 og giver to forskellige behandlingsmuligheder afhængig af sværhedsgraden af den psykiske forstyrrelse. Resultaterne har været positive
Spanien	185 centre gav behandling til 4 803 comorbiditetspatienter i 2002. Én specialiseret integreret enhed i Cataluña og ét terapeutisk nærmiljø i Cantabria for comorbiditetspatienter, der har behov for stationær behandling
Nederlandene	To specialiserede integrerede resultatafdelinger. En proces-evaluering er i gang for at finde frem til bedste praksis
Østrig	Samarbejde mellem narkotikatjeneste og et psykiatrisk hospital i nærheden; nogle af hospitalspsykologerne arbejder i narkotikabehandlingsenheden. Klienterne forbliver i narkotikabehandling og henvises kun til hospitalet, hvis de psykiske symptomer bliver for alvorlige
Det Forenede Kongerige	Flere integrerede tjenester i forskellige nærmiljøer. Der er udpeget en række eksperter i dobbeltdiagnoser med base i afhængighedsbehandlende tjenester eller mentale sundhedstjenester
Norge	Ét integreret projekt i tilknytning til et psykiatrisk center i Oslo. Opfølgning og evaluering i indtil to år med fokus på basale fornødenheder som f.eks. bolig, arbejde, sociale ydelser og sociale relationer

forskrifter eller protokoller narkotikabehandlingstjenester til at opretholde nær kontakt med de psykiatriske tjenester og helst indgå formelle regionale aftaler med dem om procedurerne for henvisninger og udveksling af kliniske informationer (Olin og Plaisait, 2003). Dog finder over halvdelen af de nederlandske patienter med dobbeltdiagnose ikke, at sådanne aftaler fører til bedre pleje (Van Rooijen, 2001).

I Luxembourg og Østrig kan narkotikabehandlingspersonale følge de af deres klienter, der er blevet henvist til psykiatriske hospitaler. I Det Forenede Kongeriges retningslinjer fremhæves det, at ansatte fra såvel narkotikabehandlingstjenester som mentale sundhedstjenester skal være involveret i planlægningen af plejen af en klient med dobbeltdiagnose for at gøre det muligt at prioritere mellem de forskellige former for pleje (Department of Health, 2002a).

Integreret behandling

Efter denne model varetager ét behandlerteam behandlingen af begge forstyrrelser. Fordelen ved dette er, at klienten ikke konfronteres med to indbyrdes modstridende budskaber. I visse lande vanskeliggøres en sådan integration af, at der er to særskilte administrative systemer (f.eks. Spanien) eller forskellige finansieringssystemer (f.eks. Tyskland).

I de fleste lande findes der kun få specialiserede integrerede programmer eller enheder beregnet for comorbiditetspatienter, og udbuddet dækker langt fra behovet, jf. tabel 8, som viser de tilgængelige oplysninger.

Den integrerede behandlingsmodel indebærer sædvanligvis, at der ansættes psykiatere i narkotikabehandlingstjenester og/eller narkotikabehandlere i mentale sundhedstjenester. Dette er muligvis den mest praktiske løsning i mindre regioner, hvor der ikke er mulighed for specialiserede integrerede klinikker. I Spanien har almindelige praktiserende læger, som arbejder med narkotikabehandling, siden 2002 kunnet opnå titlen »specialist i psykiatri«, hvis de består en eksamen og kan dokumentere, at de har erfaring med at arbejde med patienter med psykiske forstyrrelser. I Portugal skal et behandlingscenter for at kunne opnå akkreditering og certificering have mindst én psykiater ansat. Dog har ikke alle psykiatere, der arbejder i narkotikabehandlingstjenester, den specialviden og -uddannelse, der er nødvendig for at behandle stofbrugere, og det kan være nødvendigt at give dem en yderligere specifik uddannelse.

Støttekontaktpersoner (case managers)

Metoden med støttekontaktpersoner som et middel til at koordinere klientbehandlingen for at sikre individuel sekventiel eller samtidig pleje og hjælpe klienterne med at finde vej gennem behandlingssystemet synes ikke at være særlig udbredt i EU. Fra Frankrig meldes det, at der er ved at blive etableret et samarbejde mellem narkotikabehandlingstjenester og psykiatriske tjenester med henblik på at indføre fælles indlæggelsesprocedurer og »case management« for patienter med psykiske forstyrrelser og afhængighedstilstande. Dette samarbejde er dog ofte begrænset til en bestemt sag. I Luxembourg og Nederlandene er fagfolk kommet til den erkendelse, at metoden med støttekontaktpersoner er det mest effektive middel til at håndtere patienter med dobbeltdiagnose, men løsningen er dyr og tidkrævende og kræver specifikke professionelle færdigheder. I nogle lande er man dog

begyndt at indføre metoden i en tillempet form, der er kendt under betegnelsen »assertive community treatment (ACT)« (aktiv opsøgen i eget miljø) (jf. nedenfor).

Behandlingsmetoder og bedste praksis

Behandlingen af klienter med comorbiditet er kendetegnet ved mange problemer og er yderst krævende for personalet og ofte en utaknemmelig opgave. Klienterne er, især hvis de lider af de mere »dramatiske« former for personligheds-forstyrrelser, tit vanskelige at styre på grund af deres nedbrydende og aggressive sociale adfærd og følelsesmæssige ustabilitet. Modstand over for eller manglende overholdelse af behandlingsregler og -krav, f.eks. overholdelse af aftaler eller indtagelse af medicin, forekommer hyppigt, og den desillusionering, dette medfører, forværres af dårlige personlige relationer. Succesraten er generelt lav, og frafaldsprocenten høj, hvilket gør behandlingen tidkrævende og dyr såvel som frustrerende for personalet, som ikke overraskende ofte er utålmodigt og lider af undertrykte aggressioner og symptomer på udbrændthed. Fordi der mangler opfølgningsprocedurer og efterbehandling, sker der ofte tilbagefald, og såvel de psykiske som de stofrelaterede forstyrrelser bliver ofte kroniske. På den anden side har klienterne mange gange haft mange negative møder med støttetjenesterne og kan derfor være utilbøjelige eller uvillige til at undergå behandling.

Trods denne vanskelige situation søger eksperterne konstant at finde nye og mere effektive løsninger på problemet. Den gensidige mangel på forståelse blandt personalet kunne afhjælpes ved regelmæssige, tværfaglige drøftelser af sagerne og intensivt samarbejde. Sådanne bestræbelser giver alle involverede parter mere detaljerede oplysninger om klienterne og gør det lettere at udvikle bedste praksis eller plejestrategier. Behandlingskvaliteten er helt afgørende for udfaldet.

I lighed med så mange stofrelaterede områder er dokumentationen, evalueringen og forskningen inden for behandling af comorbiditet absolut utilstrækkelig. Det kan ikke ud fra det tilgængelige materiale fastslås, hvilken form for behandling der har mest succes. Cochrane Collaboration har gennemgået seks psykosociale behandlingsprogrammer (Ley mfl., 2003). Det gennemgåede materiale var begrænset: seks undersøgelser, heraf fire små, og alle undersøgelserne havde generelt en ringe kvalitet, hvad angår udformning og rapportering. Hovedkonstateringen var, at »der ikke er noget klart bevis for fordelen ved at anvende stofmisbrugsprogrammer i forbindelse med personer med alvorlige psykiske lidelser i stedet for standardbehandling«. Konklusionen var, at »implementeringen af nye specialiserede stofmisbrugstjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser bør ske inden for rammerne af enkle, velgennemtænkte og kontrollerede kliniske forsøg«.

Ved en større gennemgang af international forskning inden for alkohol- og narkotikabehandling har man kun fundet otte randomiserede undersøgelser af behandlingen af stofafhængige med svære psykiske forstyrrelser (Jansson og Fridell, 2003). Frafaldet var ekstremt højt selv før påbegyndelsen af behandlingen. Opfølgningen på kort sigt viste, at stationær behandling i særlige behandlingsmiljøer giver bedre resultater, hvad angår levevilkår og stofbrug, men ikke hvad angår psykiske symptomer.

Visse forhold er relevante for alle behandlingssituationer. Anbefalingerne nedenfor er hentet fra anmeldelser og metaanalyser af internationale randomiserede studier af narkotikabehandling (Berglund mfl., 2003):

1. Der bør konstant fokuseres på at ændre stofvanen/stofvanerne.
2. Indgrebene bør være meget strukturerede.
3. Indgrebene bør fortsætte længe nok til, at der kan konstateres en virkning.
4. Indgrebene bør fortsætte i mindst tre måneder, helst længere.

I Det Forenede Kongerige er dobbeltdiagnoser blevet opprioriteret i Sundhedsministeriets retningslinjer (Department of Health, 2002b) samt i forskningsprojekter og litteraturgennemgange (f.eks. Crawford, 2001). Bevismaterialet er imidlertid især nordamerikansk, idet under 10 % af Crawford's abstrakter hidrører fra undersøgelser gennemført i Det Forenede Kongerige.

Ifølge en nederlandsk gennemgang af internationale undersøgelser er en potentielt effektiv case manager-model ACT (aktiv opsøgen i eget miljø), som inkluderer strukturelle (samlet antal klienter, teamwork, samarbejde med andre sundhedsprofessionelle), organisatoriske (udtrykkeligt fastsatte adgangskriterier, begrænset tilgang af nye klienter, døgnberedskab) og indholdsmæssige (støtte og behandling i dagligdags situationer, aktiv opsøgen, hyppige kontakter) aspekter (Wolf mfl., 2002). I Birmingham i Det Forenede Kongerige bliver ACT-hold ved hjælp af manualer uddannet i kognitiv, integreret, adfærdsmæssig behandling. ACT-holdene får løbende hjælp til at udføre behandlingen og evalueres med hensyn til både forløb og resultater (fælles møde mellem Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists og World Psychiatric Association, 2003). I Norge er enkelte integrerede ACT-hold ved at blive testet.

Følgende oversigt viser den bedste praksis, der er indberettet af de nationale Reitox-knudepunkter:

- En opfølgende undersøgelse af 219 opiatafhængige i behandling i Hamburgs narkotikatjenester har vist et fald i brugen af heroin og kokain over to år. I 47 % af tilfældene var der en positiv forandring i de psykiske forstyrrelser (Krausz mfl., 1999).

- Af en italiensk undersøgelse fremgår det, at resultaterne af metadonbehandling målt i retentionsgrad eller heroinbrug var stort set de samme for patienter med svære og milde psykiske symptomer. Det ser dog ud til, at klienter med alvorligere psykiske forstyrrelser har behov for højere gennemsnitsdoser af metadon (Pani mfl., 2003).

- Dialektisk adfærdsterapi ([173]) er en behandlingsmulighed, der synes at være særlig velegnet for kvindelige stofbrugere med alvorlige borderline-personlighedsforstyrrelser og/eller suicidale tendenser. Materialet begrænser sig dog til enkelte undersøgelser. En nederlandsk kontrolleret test af dialektisk adfærdsterapi har vist, at såvel forsøgsgruppen som den gruppe, der »modtog den sædvanlige behandling«, udviste en mindre selvdestruktiv adfærd. Forsøgsgruppen havde et større fald i alkoholbrugen, men der blev ikke konstateret nogen forskelle med hensyn til stofbrug (Van den Bosch mfl., 2001).

- En svensk undersøgelse af en model med gentagen brug af ASI-spørgeskemaet under hele behandlingsforløbet kombineret med en tilstrækkelig kvalitetskontrol har vist, at 46 % af patienterne to år efter udskrivningen endnu var afholdende. Patienter med dobbeltdiagnose havde en dårligere ASI-problemprofil end patienter uden nogen psykose. Generelt var der kun få ændringer i personlighedsprofiler og symptomer, men for mange af patienterne var livskvaliteten blevet bedre og livssituationen mere stabil på opfølgningstidspunktet (Jonsson, 2001).

- I Det Forenede Kongerige fandt Barrowclough mfl. (2001), at en kombination af motivationssamtaler, kognitiv adfærdsterapi og familieinterventioner medførte forbedringer for patienter med skizofreni og stofmisbrugsrelaterede forstyrrelser.

- I en oversigt over norske behandlingsundersøgelser om klienter med comorbiditet blev det konkluderet, at aggressiv, impulsiv adfærd bedst behandles med konfrontatorisk og struktureret gruppeterapi kombineret med familieterapi. Patienter med en depressions- eller angsttilstand havde mere glæde af individuel psykoterapi og støttende gruppeterapi (Vaglum, 1996).

Forskning

Der er for nylig — inden for rammerne af Europa-Kommissionens femte rammeprogram for forskning og udvikling — blevet iværksat et forskningsprojekt vedrørende dobbeltdiagnose. Projektet er udformet som en multicenterundersøgelse omfattende Danmark, Frankrig, Polen, Skotland, England og Finland og skal beskrive de tjenester, der tilbydes patienter med dobbeltdiagnose i syv europæiske psykiatriske miljøer, og over en 12-måneders periode sammenligne sygeligheden og udnyttelsen af tjenestetilbuddene mellem patienter med dobbeltdiagnose og patienter med en enkelt diagnose. Man vil bl.a. undersøge, hvor stærk afhængigheden er, psykiske symptomer, vilje til at undergå behandling, psykosocial funktion, sociale netværk, tilbagefald og dødelighed. Resultaterne forventes at foreligge i 2005 ([174]).

Uddannelse

I de fleste lande lærer læger og sygeplejersker under uddannelse meget lidt om stofafhængighed og endnu mindre om comorbiditet. I Italien satses der mere og mere på fælles oplæring af mentale sundheds- og narkotikabehandlingstjenester. I Nederlandene afholder Trimbos-instituttet kurser for både narkotikabehandlere og mentalt sundhedspersonale, der er involveret i behandlingen af patienter med dobbeltdiagnose. Andre lande melder om intern uddannelse og interne kurser, men gennemførelsen er vilkårlig og mangelfuld.

I Det Forenede Kongerige har Royal College of Psychiatry analyseret uddannelsesbehovene (Mears mfl., 2001) hos forskellige grupper af sundhedsprofessionelle fra såvel mentale sundhedstjenester som narkotika-behandlingstjenester. 55 % af stikprøven angav, at de ikke følte sig tilstrækkeligt forberedt til arbejdet med klienter med comorbiditet, og at de havde brug for yderligere uddannelse.

([173]) Dialektisk adfærdsterapi (DBT) vil sige anvendelse af en bred vifte af kognitive og adfærdsmæssige terapeutiske strategier over for problemer med borderline-personlighedsforstyrrelser (BPD), inklusive suicidal adfærd.

([174]) Se http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf

Referencer

Abdulrahim, D. (2001): *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service, London.

Andreasen, J. (2002): *Ansvaret for de psykotiske stofmisbrugere skal være psykiatriens*. Ugeskrift for læger, 51.

AST/RELIS (2002): *Point Focal OEDT Luxembourg — Direction de la santé*. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies — RELIS — national rapport, PFN, Luxembourg.

Bakken, K., Landheim, S. og Vaglum, P. (2003): *Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?* Alcohol and Alcoholism 38: 54-9.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., mfl. (2001): *Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia*. American Journal of Psychiatry 158, s. 1706-13.

Baudis, R. (2004): *A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Tyskland. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services*. Servizi Area Penale Carceri, Milano, 5.-7. februar 2004.

Beck, F. (2003): *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (udkast til rapport), Paris, ESCAPAD, OFDT.

Beck, F. og Legleye, S. (2003): *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes*. ESCAPAD 2002, Paris, OFDT.

Benschop, A., Rabes, M. og Korf, D. (2002): *Pill testing — ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*. Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Berglund, M. mfl. (red.) (2003): *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*. Wiley, London.

Berthel, T. (2003): *Psychiatrische Comorbidität*. In. Beubler, E., Haltmayer, H. and Springer, A. (red.): *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*. Springer, Wien.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., mfl. (2000): Overdosing on opiates. Thematic review. Part I — causes. *Drug and Alcohol Findings*. Issue 4, s. 4-20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., mfl. (2001): Overdosing on opiates. Thematic review. Part II — prevention. *Drug and Alcohol Findings*. Issue 5, s. 4-18.

Beutel, M. (1999): Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, s. 313-19.

Bird, S. og Rotily, M. (2002): *Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons*. Howard Journal 41 (2).

Bovenkerk, F. og Hogewind, W. I. M. (2002): *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.*

Bronisch, T. og Wittchen, H.-U. (1998): Comorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, s. 22-6.

Chinman, M., Imm, P. og Wandersmann, A. (2004): *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Santa Monica.

CND (2004): *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, United Nations, Economic and Social Council, Wien.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003): National Co-morbidity Project. *Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings*, Commonwealth of Australia, Canberra.

Crawford, V. (2001): *Co-existing problems of mental health and substance misuse (»dual diagnosis«): a review of relevant literature*. Royal College of Psychiatrists, London.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., mfl. (2004): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, nr.4, Geneva, WHO Europe.

Deehan, A. og Saville, E. (2003): *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.

Department of Health (2002a): *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*. Department of Health, London.

Department of Health (2002b): *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*. Department of Health, London.

Dialog (2000): *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog — Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Wien.

Dolan, K. (1997-98): *Evidence about hiv transmission in prisons*. Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter 3-4, s. 32-8.

Dolan, K., Rutter, S. og Wodak, A. D. (2003): *Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. Addiction* 98, s. 153-8.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., mfl. (1998): *Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders*. Schizophrenia Bulletin 24, s. 589-608.

DrugScope (2004): *Druglink* 19 (1) jan/feb 2004.

Dusenbury, L. og Falco, M. (1995): Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, s. 420-5.

Eland, A. og Van de Glint, G. (2001): *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*. Trimbos Instituut, Utrecht.

Emmanuelli, J. (2003): Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. In: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., mfl. (red.): *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, s. 263-7. OFDT, Paris.

EONN (2001): Cocaine and crack (special issue). In *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2003a): *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2003b): *Årsberetning 2003: narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2003c): *Fokus på narkotika nr. 11*: *Hepatitis C: en skjult epidemi*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2003d): *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand — meeting with International organisations*, Lissabon, 24. juni 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EONN (2004a): *European report on drug consumption rooms*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2004b): *Fokus på narkotika nr. 13: Dødsfald*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2004c): *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Lissabon.

EONN (2004d): *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M.D., mfl. (2001): Determinants of hiv prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, s. 573-80.

Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af aids (EuroHIV) (2004): *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, nr. 70*. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire.

EuroHIV (2003): *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 69*, s. 1-54. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Paris.

Europa-Kommissionen (1999): *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*. Luxembourg, Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer.

Europa-Kommissionen (2003): *Evaluating EU activities — a practical guide for Commission Services*. Luxembourg, Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer.

Europol (2002): *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*. Europol, Haag.

Europol (2003): *European Union organised crime report*. Europol, Haag.

Facy, F. (1999): *Toxicomanes et prescription de méthadone*. EDK, Paris.

Farrell, M. (2002): *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*. Courts Service, Dublin

FATF (2003a): *Annual report 2002-2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b): *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*. FATF, Paris.

Fælles møde mellem Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003: Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1.-2. maj 2003.

Flay, B. (2000): Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, s. 861-6.

Fridell, M. (1991): *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Stockholm.

Fridell, M. (1996): Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996, 14. Socialstyrelsen, Stockholm.

Gerdner, A. (2004): *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring — Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Socialdepartementet, Stockholm.

GFATM Secretariat (2004): *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. og Suligoi, B. (2004): Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italien and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), s. 79-84.

Gore, S. M. (1999): Fatal uncertainty: death-rate from use or ecstasy or heroin. *Lancet* 354, s. 1265-6.

Hall, W., Degenhardt, L. og Lynskey, M. (2001): *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series nr. 44, 2nd edn. Commonwealth of Australia.

Hannon, F., Keleher, C., og Friel, S. (2000): *General healthcare study of the Irish prison population*. Stationery Office, Dublin.

Hansen, W. (1992): *School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum*, 1980-1990. Health Education Research 7, s. 403-30.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., mfl. (2000): *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Centralforbündet för alcohol- och narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., mfl. (2004): *Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom*, 2002. Eurosurveillance Weekly: 8(4): 22. januar 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a): *Report of the International Narcotics Control Board 2003*. United Nations, INCB, New York.

INCB (2004b): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*. United Nations, INCB, New York (http://www.incb.org).

Interpol (2002): *Activities report*. Interpol, Lyon.

Jansson, I. og Fridell, M. (2003): *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

Jonsson, S. (2001): *Långstorsps vård- och behandllingshem — En ufallsstudie*. Psykologexamensuppsats Vol. III:20. Lund. Institutionen för psykologi, Lund.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade L., mfl. (2001): *Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys*. Psychiatrica Fennica 32, s. 62-79.

Kokkevi, A. og Facy, F. (1995): *Personality traits and psychopathology in drug addiction*. European Addiction Research 1, s. 194-8.

Kokkevi, A. og Stefanis, C. (1995): *Drug abuse and psychiatric comorbidity*. Comprehensive Psychiatry 36, s. 329-37.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., mfl. (2003): *Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age*? (rapport).

Krausz, M. (1996): *Old problems — new perspectives*. European Addiction Research 2, s. 1-2.

Krausz, M. (1999): Editorial. *Addiction and mental health*. European Addiction Research 5, s. 53-4.

Krausz, M. (1999): Komorbidität — Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, C., Jellinek, C. and Westermann, B. (eds) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, s. 100-14. Deutscher Studienverlag. Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. og Degkwitz, P. (1999): *Psychiatric co-morbidity in opiate addicts*. European Addiction Research 5, s. 55-62.

Landheim, A. S., Bakken, K. og Vaglum, P. (2003): *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics*, European Addiction Research 9, s. 8-17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. og Arner, O. (1997): *A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings*. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift 14, s. 43-63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. og Siegfried, N. (2003): *Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse*. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 4, Wiley. Chichester, Det Forenede Kongerige.

Liappas, J. (2001): *Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem*. *Itaca* 6, s. 9-22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. og Farrell, M. (2004a): *Carbamazepine for cocaine dependence*. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O. og Farrell, M. (2004b): *Antidepressants for cocaine dependence*. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. og Begley, C. (2004): *Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons*. International Journal of Drug Policy, i trykken.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., mfl. (2000): *Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study*. British Journal of Psychiatry 176, s. 285-9.

McIntosh, C. og Ritson, B. (2001): *Treating depression complicated by substance misuse*. Advances in Psychiatric Treatment 7, s. 357-64.

McVeigh, J., Beynon, C. og Bellis, M. A. (2003): *New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991-2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom*. International Journal of Drug Policy 14, s. 399-405.

Mears, A.., Clancy, C., Banerjee, S., mfl. (2001): *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*. Royal College of Psychiatrists, London.

Migliori, G. B. og Centis, R. (2002): *Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries*. Monaldi Archive of Chest Diseases 57, s. 285-90.

Morel, A. (1999): *Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. Interventions* 72, s. 35-40.

Moyle, P. (2003): *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project, Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. (2002): *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*. Liffey Press, Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. og Johnson, S. (2003): *What is the relationship between substance abuse and schizophrenia?* In: Murray, R., Jones, P., Susser, E., mfl. (red.), The epidemiology of schizophrenia, Cambridge University Press, Cambridge.

Nationale Reitox-rapporter (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Neale, J. og Robertson, M. (2004): *Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland*. Drugs: Education, Prevention and Policy 11(1), s. 79-90.

Nestler, E. J. (2001): *Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction*. Nature Reviews Neuroscience 2(2):119-28.

Öjehagen, A. og Schaar, I. (2003): *Mentally ill substance abusers in Sverige: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities*. In: Carrà, G. og Clerici, M. (red.) Dual diagnosis: filling the gap. John Libbey Eurotext, Paris.

Olin, N. og Plasait, B. (2003): *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*. Sénat, Paris.

Origer, A. og Delucci, H. (2002): *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999-2000),* Séries de recherche nr. 3. Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé, Luxembourg.

Paglia, A. og Room, R. (1999): *Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations*. Journal of Primary Prevention 20(1), s. 3-50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., mfl. (2003): *Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence*. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 5, s. 23-36.

Pedersen, M. U. (2001): *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder*. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.

Popov, P. (2003): *Alkohol*. In: Kalina, K. a spol. (red.) Drogy a drogové závislosti — mezioborový přístup, Kapitola 3/1, Praha. Úřad vlády ČR — NMC.

Ravelli, A., Bijl, R. V. og Van Zessen, G. (1998): *Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS). Tijdschrift voor Psychiatrie 40, s. 531-44.

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., mfl. (2003): *Risk factors associated with drug use: the importance of »risk environment«*. Drugs: Education: Prevention and Policy 10, s. 303-29.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. og Garretsen, H. F. L. (2004): *When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style*. Drugs and Alcohol Today, Vol 4 (i trykken).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., mfl. (1999): *Co-abuse of opiates and benzodiazepines*. Irish Journal of Medical Science 168: 36-41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001): *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002): *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., mfl. (2003): *Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002*. Human Psychopharmacology and Clinical Exposure 18, s. 519-24.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., mfl. (2000): *Cocaine misuse treatment in England. International*. Journal of Drug Policy 11, s. 203-15.

Siliquini, R., Zeppegno, P. og Faggiano, F. (2002): *Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo*. I: Faggiano, F. (red.) OED Piemonte — Rapporto 2002. Torino. Osservatorio Epidemiologico Dipendenze.

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar*.

Springer, A. (2003a): *Different types of medically assisted treatment*. Treatment monitoring conference. EONN, Lissabon.

Springer, A. (2003b): Psychotherapeutische Aspekte. I: Beubler, E., Haltmayer, H. og Springer, A. (red.) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Springer, Wien.

Stothard, B. og Ashton, M. (2000): *Education's uncertain saviour*. Drug and Alcohol Findings 3, s. 4-7, 16-20.

Stöver, H. (2001): *Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*. Endbericht. Bremen. University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO).

Stöver, H. og Nelles, J. (2003): *Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons*. International Journal of Drug Policy 14, s. 437-44.

Ter Bogt, T. og Engels, R. C. M. E. (2004): *Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties*. Substance Use and Misuse (i trykken).

Tobler, N. (2001): *Prevention is a two-way process*. Drug and Alcohol Findings, Issue 5, s. 25-7.

Tobler, N. og Stratton H. H. (1997): *Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research*. Journal of Primary Prevention 18(1), s. 71-128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. og Ochshorn, P. (2000): *School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis*. Journal of Primary Prevention 20: s. 275-336.

Uchtenhagen, U. og Zeiglgänsberger, W. (2000): *Suchtmedizin — Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. Urban & Fischer Verlag, München.

UNODC (2003a): *Global illicit drug trends 2003*. FN's Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse, Wien.

UNODC (2003b): *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*. FN's kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.

UNODC (FN's kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet) og Marokkos regering (2003): *Morocco cannabis survey 2003*. FN's Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse, Wien.

UNODCCP (De Forenede Nationers Kontor for Narkotikabekæmpelse og Kriminalitetsforebyggelse (2000): *Demand reduction: a glossary of terms*, De Forenede Nationer. New York.

Vaglum, P. (1996): *Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies*. Psychiatric Fennica 27: 55-67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. og Van den Brink, W. (2001): *Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates*. Journal of Personality Disorders 15, s. 416-24.

Van Rooijen, M. (2001): *Zendingswerk: dubbele diagnose klinieke*. Psy 5, s. 24-8.

Verheul, R. (2001): *Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders*. European Psychiatry 16, s. 274-82.

WCO (2003a): *Drug routes from Central Asia to Europe* (tilgængelig på WCO's websted: http://www.wcoomd.org).

WCO (2003b): *An integrated international response to drug smuggling*. WCO, Bruxelles.

WCO (2003c): *World money laundering report*, Volume 4, Issue 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., mfl. (2003): *Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*. British Journal of Psychiatry 183, s. 304-12.

WHO (1995): *Lexicon of alcohol and drug terms*. WHO, Genève.

Wiessing, L. og Kretzschmar, M. (2003): *Can hiv epidemics among IDUs »trigger« a generalised epidemic*? International Journal of Drugs Policy 14, s. 99-102.

Williams, H., O'Connor, J. J. og Kinsella, A. (1990): *Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance* 7, s. 45-6.

Wolf, J., Mensink, C., og Van der Lubbe, P. (2002): *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

Zuckerman, J. (2003): *The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations*. Drugs 63, s. 1779-84.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. og Verthein, U. (2001): *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Lambertus, Freiburg.

Nationale Reitox-knudepunkter

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2004

Årsberetning 2004: Narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
2004 — 113 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-196-2

SALG OG ABONNEMENTER

De betalingspublikationer og -produkter, som Publikationskontoret udgiver, fås igennem vore salgskontorer overalt i verden.

Hvordan anskaffer man en publikation eller et produkt?

Vælg på listen over salgskontorer det salgskontor, der geografisk passer bedst, kontakt kontoret, og afgiv bestillingen.

Hvordan får man listen over salgskontorer?

- enten på Publikationskontorets websted: http://publications.eu.int/
- eller ved at sende en fax til (352) 2929-42758;
  listen vil så blive tilsendt i papirform.

Om EONN

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er et af Den Europæiske Unions decentrale organer. Det blev etableret i Lissabon i 1993 og er den centrale kilde til tværgående information om narkotika og narkotikaafhængighed i Europa.

EONN indsamler, analyserer og formidler objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger om narkotika og narkotikaafhængighed. Herved forsyner Narkotikaovervågningscentret sit publikum i Europa med et billede af narkotikafænomenet baseret på bevismateriale.

Centrets publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning.

Årsberetningen præsenterer EONN's årlige oversigt over narkotikafænomenet i EU's medlemsstater og Norge, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa.

16 17 5 TD-AC-04-001-DA-C

Publikationskontoret
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-196-2
9 789291 681969